(.

MALADIES DES YEUX

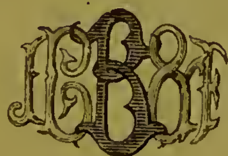
ET

MALADIES DES DENTS

RELATIONS PATHOLOGIQUES ENTRE LES YEUX ET LES DENTS

PAR

Le Docteur Eug. COURTAIX



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

Rue Hautefeuille, 19, près le boulevard Saint-Germain

—

1892

RECHERCHES CLINIQUES

SUR LES

RELATIONS PATHOLOGIQUES

Entre l'œil et les dents

INTRODUCTION

Au cours d'une pratique de plusieurs années à la clinique odontologique de l'hospice national des Quinze-Vingts, sous la direction de notre excellent maître M. le Dr Pietkiewicz, nous avons rencontré un certain nombre de malades atteints d'affections oculaires plus ou moins graves, qui avaient résisté à tout traitement, et qui cédaient rapidement dès qu'on avait guéri une affection dentaire concomitante, comme si l'affection oculaire n'était qu'un retentissement et pour ainsi dire un symptôme de l'affection dentaire. Nous y avons acquis la conviction que bien des fois le diagnostic aurait été méconnu, que bien des fois aussi des maladies des yeux auraient résisté à la thérapeutique, si l'examen minutieux de la bouche n'avait pas été fait par un praticien expérimenté, qu'il y

avait des relations pathologiques bien nettes entre l'appareil oculaire et le système dentaire.

En faisant des recherches à ce sujet dans les auteurs, nous avons été surpris de n'y trouver que des indications tout à fait sommaires et souvent peu concordantes ; si quelques-uns exagèrent l'importance et la fréquence de ces relations, un plus grand nombre se refusent à y voir autre chose qu'une simple coïncidence.

La pensée nous est venue de rechercher, sans aucun parti pris, les faits cités, les observations publiées, de les grouper et de les comparer pour les mettre dans leur vrai jour et surtout pour en tirer les conclusions applicables à la pratique. Ce travail n'a pas d'autre but.

Après avoir précisé les rapports anatomiques et physiologiques de l'œil et des dents, nous avons relevé les observations dans l'ordre chronologique en donnant en entier les plus intéressantes ou les moins connues et résumant celles de moindre importance ; puis classé et analysé les faits au point de vue de l'intérêt qu'ils peuvent présenter eu égard au début, à la marche, à la terminaison, au diagnostic et à la pathogénie ; enfin terminé par les conclusions pratiques qu'on en peut déduire.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

L'organe de la vue et le système dentaire sont liés par des rapports étroits et nombreux.

Les cavités orbitaires qui reçoivent les globes des yeux ont leur plancher sur la face supérieure des os sus-maxillaires dont le bord alvéolaire sert à l'implantation des dents. Le globe oculaire repose et roule sur ce plancher ; quelques-uns de ses muscles y ont leur insertion ; les voies lacrymales ont avec lui des rapports intimes.

Le périoste orbitaire, très adhérent au rebord de l'orbite, se continue avec le périoste qui revêt les parties externes des maxillaires supérieurs, contourne le bord des alvéoles et se continue avec la membrane alvéolo-dentaire, autrefois décrite sous le nom de périoste alvéolo-dentaire, considérée plutôt aujourd'hui, depuis le mémoire de M. Malassez (1885), comme un ligament, « une véritable « gaîne fibreuse ouverte à ses deux extrémités pour « livrer passage d'un côté à des vaisseaux et à des nerfs « (pulpe), de l'autre à la couronne. » Le fond des alvéoles avoisine le sinus maxillaire, cavité creusée dans l'épaisseur du sus-maxillaire, bien décrite par Vésale, mais appelée souvent antre d'Highmore, sans doute parce que cet auteur a le mérite d'avoir mieux fait comprendre ses rapports avec les racines des dents molaires (Giraldès).

Assez souvent la paroi osseuse manque à ce niveau et les racines sont pour ainsi dire à nu dans le sinus qui

peut se trouver ouvert à la suite de l'extraction d'une dent. La lamelle de tissu compacte qui sépare la cavité du sinus du fond des alvéoles est, quand elle existe, toujours très mince ; on peut facilement la briser ou l'enfoncer ; elle peut être rapidement détruite par les progrès de l'inflammation. Dans certains cas le plancher du sinus se prolonge en rigole entre les racines externes et internes de la dent et se trouve compris dans leur écartement. La première grosse molaire correspond ordinairement au point le plus déclive du sinus, mais les dernières molaires sont souvent aussi en rapport avec la paroi inférieure de cette cavité, qui se prolonge même quelquefois jusqu'à la canine (Guyon). La muqueuse qui revêt le périoste assez peu adhérent du sinus est un prolongement de la pituitaire et communique avec les fosses nasales par deux orifices, l'un ouvert dans le méat moyen et qui manque très souvent, l'autre qui siège dans l'infundibulum et est le véritable orifice du sinus (Giraldès, Tillaux). Tous deux d'ailleurs répondent à la partie supérieure et interne de la cavité du sinus, et se trouvent, par conséquent, dans des conditions très défavorables pour évacuer au dehors le liquide qui pourrait s'accumuler dans le sinus. La paroi supérieure du sinus, qui répond au plancher de l'orbite, est d'une extrême ténuité ; à travers on peut voir le nerf sous-orbitaire ; c'est une cloison qui oppose peu de résistance à la propagation d'un processus pathologique, entre la cavité orbitaire et la cavité du sinus.

Les connexions vasculaires entre l'appareil dentaire et l'orbite sont bien établies, par les veines aussi bien

que par les lymphatiques. Le plexus labial, le plexus coronaire, la veine faciale, l'angulaire vont se rendre dans l'ophthalmique, établissant une communication entre les veines des cavités de la bouche et le sinus caverneux qui, d'autre part, communique avec le plexus pharyngien par l'intermédiaire du plexus ptérygoïdien (Lancial, thèse de Paris, 1889), des veines massetérines et des plexus de la fosse temporale. Une pareille disposition anatomique est grosse de conséquences, comme le fait remarquer M. le professeur Panas, d'autant plus que la veine ophthalmique, bien que largement anastomosée avec la faciale, ne déverse son sang que dans le sinus caverneux, car le sens du courant veineux y est nettement dirigé d'avant en arrière, de la veine vers les sinus (Festal, thèse de Paris, 1887). Il en résulte que l'infection peut gagner des gencives à l'orbite et de l'orbite le sinus caverneux, en suivant ou bien la voie osseuse par le sinus maxillaire, ou bien la voie lymphatique, ou encore la voie veineuse qui vient d'être signalée, et que les inflammations de l'orbite ont une tendance fâcheuse à menacer les sinus intra-crâniens.

Les connexions nerveuses entre l'appareil de la vue et le système dentaire ne sont pas moins remarquables que leurs relations vasculaires. Un même tronc nerveux dispense à l'œil et aux dents des deux mâchoires leur sensibilité générale, le nerf de la cinquième paire ou trijumeau. Sa racine sensitive présente un renflement, le ganglion de Gasser, qui repose sur le bord supérieur du rocher et duquel se détachent trois grosses branches : ophthalmique, maxillaire supérieure et maxillaire inférieure.

La branche inférieure, unie bientôt à la racine motrice, forme le nerf maxillaire inférieur qui donne des rameaux nombreux, en particulier le nerf dentaire inférieur qui se distribue à toutes les dents de la mâchoire inférieure.

Le nerf maxillaire supérieur, après avoir fourni les filets du ganglion sphéno-palatin, donne les nerfs dentaires postérieurs qui se détachent dans la fente sphéno-maxillaire et fournissent des filets aux racines des quatre dernières molaires supérieures, à l'os et à la muqueuse du sinus maxillaire; après quoi le nerf maxillaire supérieur entre dans le canal sous-orbitaire, et y fournit le nerf dentaire antérieur qui descend dans l'épaisseur de l'os, au devant du sinus et près du canal auquel il donne de nombreuses branches, et se distribue ensuite aux racines des dents incisives, de la canine, de la première prémolaire et quelquefois de la seconde. Les deux branches dentaires antérieure et postérieure s'anastomosent et forment ensemble le plexus dentaire.

La branche ophthalmique ou de Willis, par ses trois rameaux frontal, lacrymal, nasal, tient sous sa dépendance presque toute la sensibilité de l'appareil de la vue : elle fournit des filets cutanés à la paupière supérieure, des filets muqueux à la conjonctive et aux voies lacrymales, des filets glandulaires à la glande et à la caroncule lacrymales, des filets sensitifs ciliaires qui se distribuent aux parties profondes du globe oculaire, à l'iris, à la cornée et à la conjonctive. Outre ces nerfs sensitifs d'origine commune on trouve dans l'orbite quatre paires crâniennes qui lui sont exclusivement destinées : un nerf de sensibilité spéciale, le nerf optique, et trois nerfs moteurs :

oculo-moteur commun, pathétique, moteur oculaire externe. Nerfs sensitifs et moteurs sont reliés entre eux par des anastomoses nombreuses, chaque nerf moteur recevant une branche anastomotique de l'ophthalmique de Willis, et la plupart communiquant en outre par les anastomoses qui relient plusieurs de leurs branches terminales.

Le maxillaire supérieur donne à la paupière inférieure un rameau qui va s'anastomoser avec le rameau lacrymal de l'ophthalmique. L'orbiculaire des paupières est innervé par le facial et ce dernier s'anastonomose avec le maxillaire supérieur à sa sortie du trou sous-orbitaire. Le nerf maxillaire inférieur envoie également des anastomoses au facial. Le grand sympathique lui-même concourt à cette richesse de nerfs destinés à des organes si rapprochés les uns des autres : il y est représenté par le ganglion ophthalmique qui reçoit sa racine motrice de l'oculo-moteur commun, sa racine sensitive de l'ophthalmique de Willis et sa racine ganglionnaire du plexus carotidien ; ce ganglion fournit les nerfs ciliaires qui jouent un rôle si important dans le phénomène de l'accommodation.

Les trois branches du trijumeau, et par suite le système dentaire et l'appareil de la vision, se trouvent donc intimement unies, aussi bien sous le rapport des fonctions nutritives ou végétatives, que sous le rapport de la sensibilité générale.

Les relations physiologiques entre l'appareil oculaire et le système dentaire sont dominées par ce fait qu'ils ont une innervation commune.

Magendie a le premier démontré que le trijumeau était un nerf de sensibilité, et qu'en outre il exerçait une influence des plus remarquables sur la nutrition des parties auxquelles il se distribue. Pratiquant la section intra-crânienne du trijumeau chez les lapins, il vit, du côté de la section, « l'iris contracté et immobile; dans les quarante-huit heures, ou même moins, apparaît une opacité de la cornée qui va en augmentant de jour en jour; la conjonctive rougit, paraît s'enflammer dès le lendemain et secrète une matière puriforme ; l'iris s'enflamme vers le deuxième jour et se recouvre de fausses membranes; enfin, après six à huit jours, ulcération et chute de la cornée, puis évacuation des humeurs de l'œil (1) ». Magendie avait remarqué aussi que, dans la section en arrière du ganglion de Gasser, les troubles de la nutrition étaient moins considérables et que les altérations du globe oculaire ne commençaient qu'au septième jour.

Depuis, ces expériences ont été confirmées. Longet a noté que la contraction et l'immobilité de la pupille sont de courte durée. Cl. Bernard et Schiff ont obtenu des résultats analogues.

Snellen pensait que ces altérations tenaient à ce que l'œil, ayant perdu sa sensibilité, n'était plus capable de se protéger contre les irritants extérieurs ou de se garantir contre les chocs des corps étrangers ; il conjurait les accidents cornéens par la suture des paupières et la fixation, au-devant de l'œil, de l'oreille restée sensible, et se

1. *Journal de physiologie expérimentale*, t. IV.

croyait autorisé à nier l'action trophique du trijumeau. Les conclusions de l'auteur suédois étaient trop absolues, car Meissner, en sectionnant alternativement la moitié externe et la moitié interne de ce nerf, a pu obtenir l'anesthésie sans fonte purulente de l'œil dans le premier cas, et la fonte purulente sans anesthésie dans le second, ce qui semblerait démontrer dans le trijumeau l'existence de deux sortes de fibres distinctes. Schiff, de son côté, avait observé quatre cas dans lesquels après la blessure du cinquième nerf à l'intérieur du crâne chez les animaux, les désordres de l'œil étaient survenus malgré la conservation de la sensibilité de l'œil et de ses annexes. D'autre part, Laborde a présenté à la Société de Biologie (1er mai 1880) un lapin auquel il avait pratiqué la section de la branche ophthalmique de la cinquième paire en ayant soin de ménager les autres branches ; il s'était fait un dépôt purulent dans la chambre antérieure, un véritable hypopyon, sans que la cornée ait paru d'abord le moins du monde altérée ; ce n'est que consécutivement, après plusieurs jours, qu'elle a commencé à s'altérer à son tour, et par sa face interne. Tous ces résultats concordants paraissent infirmer l'opinion des physiologistes qui croient que la cornée est lésée primitivement, et démontrer, d'une manière évidente, l'influence directe de la cinquième paire sur la nutrition de l'œil.

Cette influence, Magendie l'attribuait à des filets d'emprunt que le trijumeau reçoit du sympathique au niveau du ganglion de Gasser, Schiff à des filets vaso-moteurs provenant de la moelle allongée, Cl. Bernard à des fibres vaso-dilatatrices qui arriveraient au nerf entre le cer-

veau et le ganglion, M. le professeur Duval a des fibres trophiques qui appartiennent en propre au trijumeau ; et en effet, il a vu les lésions oculaires se produire après la section intrabulbaire de la racine inférieure de ce nerf. En tout cas, si la question de l'origine et de la nature de ces fibres du trijumeau n'est pas encore définitivement tranchée, l'action trophique de ce nerf n'est plus contestable aujourd'hui, et l'on comprend facilement que les affections qui l'intéressent à son origine bulbaire, au voisinage du ganglion de Gasser, ou même dans ses branches périphériques, puissent être suivies de troubles nutritifs plus ou moins graves du globe de l'œil.

En même temps que les altérations oculaires, accompagnées d'une diminution de tension du bulbe (Kocher), on voit se produire, après la section du trijumeau, des lésions de nutrition des muqueuses nasale, linguale et buccale qui sont rouges, fongueuses, saignantes et ne tardent pas à s'ulcérer ; ces altérations modifient ou abolissent la sensibilité spéciale de ces muqueuses, l'odorat et le goût.

Le trijumeau contenant des fibres propres qui sont sensitives, sécrétoires et motrices, et des fibres annexes d'origine sympathique qui sont vaso-motrices et irido-dilatatrices, la section du nerf est suivie de troubles de la sensibilité, des sécrétions, du mouvement, de la circulation et de la dilatation pupillaire qui viennent s'ajouter aux troubles trophiques. Contentons-nous de signaler l'anesthésie du sourcil, des paupières, de la conjonctive, de la cornée, de la muqueuse des voies lacrymales, des lèvres et des gencives, l'acrinie lacrymale et la sécheresse des muqueuses, l'ophthalmie, la contracture pupillaire.

On peut admettre *a priori* que l'excitation du trijumeau ou de l'un quelconque de ses rameaux produira des effets diamétralement opposés à ceux de la section : l'hypéresthésie de la conjonctive, de l'œil, des muqueuses buccale et nasale, l'hypersécrétion lacrymale, la dilatation pupillaire...

Il faut reconnaître qu'on a fait peu d'expériences pour élucider l'action que l'irritation passagère ou prolongée des branches périphériques du trijumeau était capable de produire, en particulier sur l'appareil de la vision.

Cependant Hippel et Grünhagen ont vu une augmentation de tension du bulbe succéder à l'excitation du trijumeau.

Hensen et Voelckers ont vu l'excitation directe des nerfs ciliaires amener une saillie de la face antérieure du cristallin.

Vulpian, en excitant le trijumeau dans le crâne, a produit la dilatation de la muqueuse des lèvres.

D'après Herzenstein et Voelckers le nerf lacrymal agit directement sur la glande lacrymale ; si on excite son bout périphérique, on obtient une sécrétion abondante. L'excitation des filets sensitifs de la première et même de la deuxième branche du trijumeau (filets nasaux, nerf temporo-malaire) produit une sécrétion de larmes du côté correspondant.

Tomes (p. 516) a vu un malade chez lequel il suffisait de toucher la pulpe mise à nu d'une première molaire supérieure pour produire, à volonté, l'injection de la conjonctive, un larmoiement abondant et de la salivation.

Nous-même avons vu récemment une jeune fille, très

nerveuse, atteinte de carie au deuxième degré, chez laquelle il suffit de toucher la dent malade pour amener du larmoiement qui persiste trois quarts d'heure environ, des tremblottements de la paupière inférieure, une dilatation passagère de la pupille et une rougeur persistante de la conjonctive, plus marquée après l'application du pansement calmant, bien que nous prenions la précaution de le chauffer à la vapeur d'eau avant de l'appliquer.

Le malade de M. Duplay (Obs. LIV), quand on tiraillait une ulcération de la joue causée par la dent de sagesse supérieure gauche fortement déjetée en dehors, ressentait une douleur atroce dans l'œil gauche ; la vue s'obscurcissait complètement, et, au milieu de ces ténèbres, il accusait l'apparition à courts intervalles de brillants éclairs ; les mêmes sensations dans l'œil droit, mais à un degré moindre.

Le malade de Duval (Obs. VII), à l'instant même où on lui brisa le maxillaire droit, éprouva une douleur effroyable et ses deux yeux se déviérent de leur axe ; il perdit la faculté de voir ; tout lui parut confus. Sa bouche se contourna dans le sens opposé à l'opération et la langue fut déviée dans le même sens. Le lendemain le strabisme semblait s'être un peu amélioré ; la fonction visuelle du côté gauche était revenue comme auparavant, mais à droite les objets paraissaient recouverts d'un épais brouillard.

Pendant l'exploration d'une pulpe mise à nu et enflammée, pendant l'extraction, au moment de la déchirure des filets dentaires, la douleur se fait sentir ordinairement

dans la branche nerveuse correspondant à la dent extraite ; parfois elle gagne tout le territoire de la cinquième paire, affectant le caractère du tic douloureux et persistant quelques heures, quelquefois plusieurs jours ; exceptionnellement l'extraction, même sans délabrements, peut être le point de départ d'une névralgie trifaciale (Delestre). Chez des sujets prédisposés l'excitation peut dépasser la sphère du trijumeau, s'accompagner de tic douloureux du cou, du tronc, des membres supérieurs (Castle, Obs. VIII) et même provoquer des convulsions générales.

On ne peut mettre en doute la réaction exercée par l'irritation ou la lésion d'une branche nerveuse du trijumeau sur les autres branches du même nerf ou sur celles avec lesquelles elle s'anastomose, la réalité des troubles fonctionnels ou des altérations trophiques provoqués du côté de l'appareil visuel par les lésions ou l'irritation du système dentaire. Cette conclusion nous est imposée par l'expérimentation physiologique ; elle découle des dernières observations que nous venons de signaler et qui rentrent presque dans la classe des faits pathologiques dont nous allons maintenant nous occuper.

HISTORIQUE ET OBSERVATIONS

C'est une opinion populaire, peut-être fort ancienne, en tout cas très répandue, qu'il y a danger pour les yeux à faire arracher certaines dents, les dents de l'œil ou dents œillères. Ambroise Paré donnait ce nom aux canines supérieures : « y en a deux de chacun costé, tant « dessus que dessous, nommées canines..., aucuns les « appellent dents œillères, en haut principalement ». Le langage courant n'a pas cette précision anatomique : par œillères les uns entendent les canines, les autres les prémolaires ou même la première grosse molaire de la mâchoire supérieure ; mais presque tous s'accordent pour redouter les désordres oculaires que peut causer leur extraction. Pourtant les auteurs ne paraissent avoir signalé la réaction des dents sur l'œil qu'à une époque relativement récente, et d'abord d'une manière incidente.

Hunter (*Natural history of the human teeth*, 1771) décrit avec assez de soin les maladies du sinus maxillaire et ajoute : « Il y a parfois des symptômes d'irritation du côté de l'œil ».

Wenzel (*Manuel de l'oculiste*, Paris, 1808, t. I, p. 328) range l'odontalgie au nombre des causes de la goutte sereine.

Beer (*Lehr. von den Augenkrankheiten*, Wien, 1817)

dit que parmi les causes les plus rares de la faiblesse amaurotique de la vue, on doit compter l'affection nerveuse consensuelle de l'œil, due à une dent molaire de la mâchoire supérieure affectée de carie.

Travers a le premier, croyons-nous, cité un cas bien net de relation morbide entre l'œil et les dents.

Observation I

J'ai vu une amaurose commençante manifestement arrêtée par l'extraction d'une dent malade, alors que le retard d'une semblable opération avait occasionné une goutte sereine du côté opposé deux ans auparavant.

B. Travers. *A synopsis of the diseases of the eye* 2e édition, London, 1821, p. 305.

En parlant du strabisme Travers dit aussi qu'il peut être un symptôme d'irritation causée par une dentition difficile.

En 1826, Frick, parlant des causes du strabisme, note sa coïncidence fréquente avec une dentition difficile, et Welbank, qui a traduit l'ouvrage de Frick, dans une note sur le traitement de l'amaurose, déclare qu'il a obtenu de bons résultats de l'emploi du carbonate de fer dans des cas d'amaurose provenant de maladies des nerfs dentaires.

Les premières expériences de Magendie remontent à 1824 ; elles étaient bien faites pour frapper les esprits et appeler l'attention des observateurs sur les relations morbides entre l'œil et les dents. A partir de cette épo-

que les maladies des dents, la dentition difficile se trouvent en général mentionnées, mais incidemment, parmi les causes diverses des maladies des yeux.

En 1830, le Dr Galézowski, de Wilna, publie une observation fort intéressante, souvent citée comme un exemple d'amaurose trifaciale, telle que l'entendait Magendie, par altération de la cinquième paire célébrale.

Observation II

Cas extraordinaire d'amaurose produite par la carie d'une dent. Galézowski. *Arch. gén. de méd.*, XXIII, p. 261.

Fait bien connu d'un fragment de cure-dent trouvé à l'extrémité d'une racine dentaire, ayant provoqué l'inflammation du sinus et une amaurose qui disparaît par l'extraction de a dent malade après une durée de 13 mois.

Depuis 1830, on trouve dans la littérature médicale un certain nombre d'observations de troubles oculaires consécutifs à des lésions dentaires.

Observation III

Inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire de l'orbite consécutiv à l'extraction d'une dent. Méningite. Mort. Autopsie (Résumé).

S..., 27 ans, cordonnier, s'était fait arracher une molaire de la mâchoire supérieure gauche. Quelques jours après, larmoiement de l'œil gauche, puis écoulement abondant et aqueux par la narine gauche. Le 17 avril 1830, photophobie et douleurs de tête,

fièvre intense, gonflement de tout le côté gauche de la face. A l'hôpital de Prague, on ouvre un abcès à l'angle interne de l'œil ; amélioration jusqu'au 8 mai. A ce moment il y avait prolapsus de l'iris à travers la cornée et le malade ne voyait plus de cet œil. Le 9, somnolence, vomissements. Le 10, le malade meurt dans les convulsions.

A l'autopsie, collection de pus dans le lobe antérieur gauche... La voûte de l'orbite était d'un gris bleuâtre et si friable que la moindre pression suffisait pour la perforer ; à travers l'os une ouverture mettait l'abcès du cerveau en rapport avec celui de l'orbite. Le plancher de l'orbite était également perforé, de sorte que la sonde pénétrait dans l'antre d'Highmore et jusque derrière le voile du palais.

Fischer, *Klin. unter d. Augenheilkünde*, 1832, p. 9, Prague. Cité par Mackensie. *Traité des maladies de l'œil*, I, p. 440.

Observation IV

M. Caffe a cité un exemple d'un individu qui, ayant une dent molaire supérieure creusée par la carie, devenait immédiatement amaurotique de l'œil du côté correspondant à cette dernière, toutes les fois qu'une parcelle alimentaire entrait dans sa cavité. De même, l'amaurose cessait dès qu'à l'aide d'un corps quelconque il avait récuré sa dent et nettoyé sa cavité.

Manzini. *Lancette française*, 1839, p. 94.

Observation V

Pasquier, *Lancette française*, 18 ;9, p. 93.

Le lieutenant honoraire Pelletier, âgé de 45 ans, entra à l'hôpital de l'Hôtel pour un lumbago. Après la guérison de cette

affection il éprouva des maux de dents occasionnés par la carie de la première grosse molaire supérieure du côté droit, par suite desquels il se décida à se la faire arracher. Il paraît que cette petite opération n'eut pas tout le succès désirable, puisque la paroi antérieure de l'alvéole fut fracturée et la gencive assez déchirée; desquels endommagements résulta une inflammation suppurative de l'alvéole et l'élimination de quelques esquilles osseuses frappées de nécrose. Cependant, à part cela, l'odontalgie avait entièrement cessé tout de suite, et les douleurs que le malade ressentait n'étaient nullement comparables à celles qui avaient précédé l'avulsion de la dent et n'offraient plus le même caractère.

Le surlendemain de l'opération la douleur se propagea à la tempe droite, et n'était accompagnée ni de rougeur, ni de gonflement, ni de chaleur; fixe et continue, mais s'exacerbant à des intervalles fréquents et irréguliers. Sous forme d'élancements insupportables, elle était augmentée par la moindre pression. Ces élancements se prolongeaient dans la direction du trajet des nerfs temporaux de la septième paire jusqu'au plexus parotidien, tandis que d'autre part ils s'étendaient au front, dans la direction du rameau sourcilier de la branche ophthalmique de la cinquième paire. Ces exacerbations étaient plus fréquentes le soir.

Les douleurs passagères qui parcouraient d'abord le trajet du nerf sourcilier, sans toutefois s'y arrêter, prirent bientôt plus de stabilité sur ce point qui ne tarda pas à devenir le centre d'intensité de la douleur, qui allait en augmentant de plus en plus, à mesure que l'on approchait du tronc sourcilier; elle était bien moindre à la tempe et moindre encore sur le trajet des nerfs temporaux, où elle devint presque nulle dès que, d'autre part, elle eut atteint la périphérie de l'orbite.

Alors, c'est-à-dire cinq jours après l'invasion de la douleur à la tempe, l'œil droit devint presque tout à coup parfaitement amaurotique; à cet état s'ajoutait un sentiment continuel d'agitation convulsive du globe oculaire, que le malade exprimait en disant

que son œil sautait dans l'orbite. Cependant il n'en était rien.

Aux phénomènes précédents s'ajoutaient les suivants : la pupille était très dilatée ; les paupières droites éprouvèrent une légère tuméfaction et étaient agitées par un clignottement presque continuel ; la sécrétion des larmes paraissait plutôt diminuée qu'augmentée; la conjonctive conservait ses conditions normales.

Mais à tous ces phénomènes en succéda un autre non moins extraordinaire, savoir : un écoulement puriforme abondant, verdâtre, épais et fétide par la narine droite. La réaction générale était peu prononcée ; mais le malade était fatigué par des sueurs abondantes.

Dès l'instant de l'apparition de l'amaurose, c'est-à-dire le cinquième jour après l'invasion de la névrose, M. Pasquier ayant compris que la cécité n'était qu'un symptôme de la maladie qu'il avait à combattre, ainsi que l'écoulement nasal, fit appliquer un vésicatoire à la région temporale sur le siège primitif de la douleur, qu'il fit saupoudrer soir et matin avec un demi-grain d'acétate de morphine. Cette médication eut un succès très heureux ; la douleur fut considérablement amendée presque immédiatement. Le pansement fut continué les jours suivants.

Au septième jour l'écoulement nasal diminua de quantité et perdit de sa fétidité. Le dixième, la vision fut rétablie à l'œil droit, et à cette époque cessa également la sensation qui faisait croire au malade que son œil sautait dans l'orbite. La pupille, dilatée jusqu'alors, revint aux conditions de celle du côté opposé. De même le clignotement cessa le même jour et dès lors les paupières commencèrent à se détuméfier. Une douleur légère persista jusqu'au vingt-deuxième jour, en diminuant cependant d'intensité peu à peu jusqu'à extinction complète. Les pansements avec l'acétate de morphine furent continués jusqu'alors.

Observation VI

Extraction de la première grosse molaire supérieure gauche. Affaiblissement considérable de la vision. Guérison.
Hunter, *American Journal of medical science*, octobre 1841.

En juillet 1838, un garçon de 17 ans vint au dispensaire pour un obscurcissement de la vue du côté gauche, survenu assez brusquement.

Sa vue avait toujours été bonne des deux côtés, excepté depuis quatre jours. A ce moment il avait souffert des dents et en avait fait arracher une par un droguiste, au côté gauche de la mâchoire supérieure. L'opération avait été bien faite, promptement et sans grande douleur. Le malade, au moment où la dent avait été mobilisée dans l'alvéole, avait aperçu devant l'œil gauche, un éclair brillant suivi de quelques autres moins intenses, qui s'étaient répétés à de courts intervalles pendant quelques minutes.

Une ou deux heures après, étant couché, il vit reparaître les éclairs qui persistèrent environ une heure encore, puis cessèrent peu à peu. Le lendemain le malade s'aperçut que la vue de l'œil gauche était très affaiblie et que tous les objets paraissaient recouverts d'un brouillard épais. Il lui sembla aussi qu'une sorte d'anneau coloré tournait à l'intérieur de son œil. Au bout de quatre jours il remarqua une légère amélioration. A la consultation, la pupille gauche est un peu plus étroite que celle de l'œil droit, mais sa forme est parfaitement régulière et l'iris a conservé sa mobilité. L'organe paraît d'ailleurs tout à fait sain. Ce garçon est nervoso-sanguin, de bonne santé habituelle ; il n'a pas de douleurs dans l'œil, ni dans le sourcil, aucun symptôme de congestion cérébrale, aucun trouble des organes digestifs. S'il ferme l'œil droit, dont la vue est bonne, et qu'avec l'œil gauche il essaie de lire des caractères d'imprimerie qu'un œil normal distingue à 48 pouces, il ne peut le faire qu'à 15 pouces, et

avec peine ; si on diminue la distance les lettres paraissent beaucoup plus grandes, mais troubles. Avec des caractères moitié plus petits il n'arrive pas à lire un seul mot, si rapprochée que soit la distance. Les verres concaves n'améliorent pas plus la vision que les verres convexes. Il semble que l'œil ne distingue plus aussi bien les couleurs.

La dent enlevée était la première grosse molaire de la mâchoire supérieure du côté gauche. Le doigt, en pressant sur l'alvéole, ne détermine aucune sensibilité anormale, aucun élancement douloureux ; il ne découvre aucune esquille du bord alvéolaire, aucun fragment de dent. On laissa faire la nature, et quinze jours plus tard la vue était nette, sauf pour les très petits objets. Le malade n'étant plus revenu, il est probable que sa guérison fut complète.

Observation VII

Rupture de la cornée, par suite de l'extraction d'une dent ; staphylome, opération. Résumé.

M. Desbaus, professeur de mathématiques au collège de Cherbourg, à la suite d'une névralgie dentaire, se fit extraire la première molaire du côté droit ; l'os maxillaire fut brisé en plusieurs esquilles. Deux mois plus tard un médecin crut reconnaître une fistule du sinus et une carie de l'os maxillaire. Il enleva la molaire voisine, pénétra par là avec un crochet dans le sinus, et arracha violemment un fragment du maxillaire. Il n'y avait d'ailleurs ni carie, ni abcès.

A l'instant même où l'os maxillaire fut brisé à M. D..., en même temps qu'il éprouva une douleur effroyable, ses deux yeux se dévièrent de leur axe ; il perdit en quelque sorte la faculté de voir : tout lui parut confus.

Tout le côté correspondant de la tête lui sembla comme paralysé.

Le lendemain la vision était revenue du côté gauche ; mais à droite du côté opéré, les objets paraissaient recouverts d'un épais brouillard ; la conjonctive était rouge, la sécrétion des larmes abondante ; il y avait un commencement de photophobie. Le soir même la cornée prit un aspect terne, et malgré tous les traitements, au bout de huit jours la cornée se rompit.

Il y eut hernie de l'iris, puis staphylome, qu'on opéra ; la vue revint un peu, le malade distinguant le jour des ténèbres et percevant même le passage de la main.

Il persista une fistule du sinus qui laissait continuellement suinter une sécrétion salée.

Duval, *Ann. d'ocul.*,XV. p. 229.

Observation VIII

Ayant rencontré par hasard le Dr D... de cette ville, et lui ayant demandé des nouvelles de sa famille, j'appris que tout le monde allait bien, excepté sa sœur. Il me dit qu'elle endurait de véritables tortures par suite d'une affection névralgique de l'œil droit, du nerf sus-orbitaire et de la tempe, affection qui s'étendait en arrière jusqu'à la région occipitale et aux vertèbres cervicales supérieures, en bas au muscle deltoïde dans l'aisselle et aux branches terminales du plexus brachial ; elle gagnait aussi le rameau dento-lingual, il y avait une paralysie partielle de la paupière supérieure. Je pensai, le rameau dento-lingual étant pris et la canine inférieure étant sensible, que tout cela pouvait provenir d'une carie de la dent de sagesse.

Ayant donné mon opinion au docteur, il me pria de l'accompagner chez lui, ajoutant que tout ce qu'il avait tenté n'avait apporté qu'un soulagement momentané. Je trouvai la jeune femme au lit, fiévreuse et pâle, avec un pouls rapide et dur, la respiration courte, l'attitude anxieuse exprimant une grande souffrance, des élancements violents dans les tempes et de la photophobie. La

dent que je soupçonnais était en effet malade, et je l'enlevai immédiatement. Après avoir dormi quelques heures, la malade quitta son lit et elle n'a pas eu la moindre rechute depuis déjà plus de cinq ans.

Dr Castle (de New-York). *The Lancet*, 1846, II, p. 266.

Observation IX

Le professeur Trinchera racontait, en 1846, dans son cours au collège de médecine de Naples, qu'il avait donné des soins à un homme affligé d'une amaurose uni-oculaire, contre laquelle avaient échoué toutes les ressources. M. Trinchera, ayant découvert une dent molaire supérieure qui était douloureuse, l'arracha et délivra le malade de sa cécité. Cette cure fit grand bruit à Naples ; le Dr Hubsch, de qui je tiens le fait, a vu ce sujet qui confirma les assertions du professeur.

Deval : *Traité des maladies des yeux*, p. 679.

Observation X

Phlegmon de l'orbite consécutif à l'extraction d'une dent. Perte de l'œil (Résumé).

S..., curé, 40 ans, fit plomber, puis arracher une grosse molaire de la mâchoire supérieure gauche ; avec la dent il vint des fragments de l'alvéole. Quinze jours plus tard, écoulement d'odeur nauséabonde par l'alvéole, puis par la narine gauche qui persista quatre mois. Le 28 juillet 1845, douleurs violentes dans le globe oculaire, proéminence de cet organe, tuméfaction des paupières ; l'œil, qui paraissait encore intact, ne percevait plus les images. Fièvre, frissons.

Le 2 août, ouverture à la lancette d'un abcès proéminent au rebord orbitaire ; écoulement d'un liquide purulent d'odeur infecte

par l'ouverture, puis par les narines et l'angle interne de l'œil. Les tissus se dégorgent peu à peu, les ouvertures sont fermées au bout de six semaines, après issue d'un sequestre du volume d'un pois.

Le globe oculaire n'était plus qu'un moignon six mois plus tard.

Un second sequestre sortit encore et il ne resta de l'affection qu'un écoulement par la narine d'un liquide incolore quand le malade inclinait la tête de gauche à droite.

Sovet, *Ann. d'oculistique*, t. XVIII, p. 159.

Tous les faits que nous venons de citer, et quelques autres décrits à la même époque sous le titre d'ophthalmie intermittente, d'ophthalmodynie (Carron du Villards, *Guide pratique*, 1847) que nous avons négligés parce qu'ils nous ont paru, comme à Tavignot (1), rentrer dans le cadre des névralgies de la cinquième paire, n'avaient guère attiré l'attention jusqu'au moment où parut l'*Essai sur les rapports pathologiques du système dentaire et de l'appareil visuel*, par le Dr Ch. Teirlinck. L'auteur de ce remarquable travail, paru dans les *Annales de la Société de médecine* de Gand (janvier 1848) et reproduit dans les *Annales d'oculistique* (1848, p. 151) admet la réalité d'une dépendance pathologique entre l'œil et les dents, et il cite à l'appui quatre faits intéressants qu'il a recueillis, soit à la clinique de l'Université de Gand, soit dans sa pratique.

1. *Annales d'oculistique*, XVIII, 1847, p. 39.

Observation XI

Péri-orbite déterminée par l'extraction d'une dent et suivie de la perte de l'œil Teirlinck, résumé.

Chez un jeune étudiant l'extraction de la première molaire supérieure gauche est suivie d'une exophthalmie brusque, avec phénomènes d'inflammation intense, qui se termine par la perte de l'œil.

Observation XII

Phlegmon orbitaire suivi de mort. Teirlinck, résumé.

A la suite de l'extraction de la première molaire inférieure droite un phlegmon orbitaire se déclare ; le pus avait fusé le long des deux faces de la branche montante du maxillaire, pénétré dans les fosses zygomatique et sphéno-maxillaire ; puis, par la fente sphéno-maxillaire, l'inflammation s'était étendue jusque dans la cavité orbitaire, et le paquet cellulo-adipeux, qui en remplit le fond, était gonflé, fortement injecté et infiltré de pus.

Observation XIII

M. Ch. de M..., âgé de 25 ans, d'un tempérament sanguinéo-lymphatique, d'une constitution robuste, n'ayant jamais souffert des yeux, était sujet, depuis plus d'une année, à des odontalgies fréquentes et violentes qui étaient produites et entretenues par une carie de la première petite molaire gauche de la mâchoire supérieure. Déjà plusieurs fois il avait pris la résolution de se faire arracher la dent affectée de carie, afin d'être débarrassé pour tou-

jours des souffrances qu'elle lui occasionnait; mais constamment il avait été retenu par la crainte que cette opération n'eût des suites fâcheuses pour l'organe de la vue. Cependant un jour, le 13 mai 1846, son mal étant revenu et lui occasionnant des douleurs atroces, il accourut chez moi, me disant que ses souffrances étaient devenues intolérables et qu'il voulait à tout prix que la dent fût arrachée. J'en fis l'extraction avec facilité au moyen de la clef. Il n'en resta aucun fragment et le bord alvéolaire n'éprouva aucune lésion. Cependant le patient accusa une douleur excessivement vive qui, dit-il, avait retenti jusque dans l'œil, au point qu'il avait cru que cet organe se déchirait. L'ayant examiné avec soin, je n'y découvris aucun trouble ni lésion. Je tranquillisai mon client et il partit entièrement rassuré. Moi-même je n'y avais plus songé, lorsque le lendemain je le vis revenir dans un état de consternation et de frayeur impossible à décrire. Il me dit que le malheur qu'il avait toujours redouté s'était réalisé ; que l'extraction de la dent avait déterminé la perte de son œil gauche. Ces paroles m'inquiétèrent. Je m'empressai d'interroger mon client. Il me rapporta que, depuis le moment de l'extraction de la dent, il avait continué à ressentir dans l'alvéole des élancements qui se propageaient jusque dans l'œil ; que celui-ci était resté larmoyant, et que, dans l'après-midi, voulant s'assurer si la vue n'avait pas souffert, il avait fermé l'œil droit et avait alors constaté avec effroi qu'il ne voyait plus du côté gauche ; que tout au plus il pouvait distinguer les objets d'un certain volume.

Ayant obtenu ces renseignements, je procédai à l'examen de l'œil et je reconnus qu'il n'existait d'autre lésion qu'une dilatation énorme de la pupille. Je me rassurai en pensant que j'avais tout bonnement affaire à une mydriase produite par réflexion de la lésion du rameau dentaire, qui est fourni par le nerf sous-orbitaire, provenant lui-même de la branche maxillaire supérieure du trifacial, sur le nerf oculo-moteur commun, auquel sont subordonnés les mouvements de l'iris. Voulant avoir un entier apaisement à cet égard, je soumis mon client à l'expérience que nous avons indiquée, c'est-à-dire que je le fis regarder à travers un petit trou

pratiqué dans une carte au moyen d'une épingle. Par cette espèce de pupille artificielle, substituée à la pupille normale, qui avait acquis des dimensions trop grandes pour une vision distincte et sans confusion, la vue reprit toute sa force, toute sa netteté. Il était donc évident que j'avais affaire à une mydriase et que le trouble de la vue résultait uniquement de la trop grande dilatation de la pupille, qui permettait l'entrée d'une trop grande quantité de rayons lumineux.

Je calmai les craintes de mon malade en lui faisant comprendre que l'altération de la vue, survenue à l'œil gauche, n'avait pas une extrême gravité, et qu'un traitement convenable la ferait bientôt disparaître. Prenant en considération la cause et la nature de cette mydriase, je pensai que le traitement devait être principalement dirigé contre l'irritation dont le nerf dentaire et le nerf orbitaire étaient devenus le siège par suite de l'avulsion de la dent. Je fis donc introduire de petits bourdonnets de coton, chargés d'extrait gommeux d'opium, dans l'alvéole, et exécuter des frictions opiacées sur la région de la joue qui correspond au trou sous-orbitaire. Sous l'influence de cette médication, la mydriase et le trouble de la vue qui l'accompagnait disparurent au bout de huit jours, à la grande satisfaction de mon client qui croyait son œil irrévocablement perdu. (Teirlinck).

Observation XIV

Au mois d'août de l'année 1846, je fus consulté par Mme S..., au sujet d'une altération de la vue accompagnée de douleurs assez vives, dont elle souffrait depuis quelques mois à l'œil droit. Elle me dit que ces phénomènes n'existaient pas d'une manière permanente, mais qu'ils se manifestaient par accès revenant à des intervalles irréguliers; que pendant ces sortes d'accès, qui duraient quelquefois deux à trois jours, l'œil était très irritable, supportait difficilement la lumière et devenait larmoyant. Elle

voyait beaucoup mieux par un temps couvert que lorsque le ciel était clair, vers le soir qu'au milieu du jour. Elle avait déjà consulté plusieurs médecins : l'un avait diagnostiqué une cataracte commençante ; l'autre une ophthalmie intermittente ; un troisième, enfin, une amaurose. Tous les moyens qu'on lui avait conseillés, et qui avaient varié d'après la différence du diagnostic, ne lui avaient apporté aucun soulagement.

Possédant ces symptômes subjectifs, je passai à l'examen objectif de l'œil malade. Je ne pus y découvrir la moindre altération dénotant un état congestif ou inflammatoire, ou une lésion organique quelconque. Tout ce que je pus constater, c'était un léger larmoiement et un resserrement considérable de la pupille, un véritable état de myosis.

D'après cet ensemble de symptômes, je me prononçai aussi pour l'existence d'une amaurose commençante, d'une amblyopie irritative ou avec éréthisme. Les moyens que je prescrivis furent en rapport avec ce diagnostic ; mais au bout de six semaines de traitement énergique et suivi avec soin, je n'obtins pas le moindre résultat.

Voyant l'inefficacité de tous les moyens mis en usage pour combattre cette affection singulière, je n'en rejetai pas la faute sur leur peu de vertu, mais je crus devoir l'attribuer à l'inexactitude de mon diagnostic et surtout de mon diagnostic étiologique. Je résolus donc de me livrer à de nouvelles investigations pour arriver à la connaissance de la cause du mal. Passant successivement en revue toutes les causes connues de l'amblyopie et de l'amaurose, je recherchai avec soin si l'une ou l'autre d'entre elles n'existait pas chez ma cliente. Lui ayant demandé si elle ne portait pas de dents cariées et si elle n'était pas sujette à des odontalgies, elle me répondit qu'elle avait perdu plusieurs dents à la mâchoire supérieure du côté droit ; qu'il était resté de l'une d'elles un chicot qui lui causait de temps en temps d'assez vives souffrances, et qu'elle avait cru remarquer plusieurs fois un certain rapport, une espèce de connexion entre les douleurs de la

dent et celles qu'elle éprouvait à des intervalles irréguliers dans l'œil droit. Ce fut un trait de lumière. Je m'empressai d'examiner la bouche et je constatai en effet l'existence d'un chicot vacillant, formé par la racine de la canine droite supérieure. Me rappelant alors ce que je savais sur les troubles de la vue produits par une dent cariée, je pensai que les symptômes dont se plaignait ma cliente pouvaient aussi dépendre de l'irritation du trifacial, produite et entretenue par le fragment de dent. Je lui fis part de mes soupçons et je lui proposai l'extraction du chicot. Elle y consentit, et j'en fis l'avulsion. Immédiatement l'odontalgie cessa ; le trouble de la vue, les douleurs du globe oculaire, le larmoiement, la photophobie, tout disparut, et Mme S... fut entièrement guérie de son affection qui lui avait inspiré tant d'inquiétude. Depuis cette époque, elle n'a plus rien ressenti dans l'œil droit.

(Teirlinck).

A partir du mémoire de Teirlinck qui a donné l'éveil, les relations morbides oculo-dentaires entrent dans le domaine des choses connues et les faits se multiplient, sans doute parce qu'on sait mieux les voir. C'est ainsi que nous avons pu relever 28 observations publiées de 1850 à 1870 et 53 de 1870 à 1890. Les limites de ce travail ne nous permettaient guère de les reproduire en entier ; nous l'avons fait seulement pour quelques-unes ; mais en raison de leur intérêt nous avons cru devoir donner, de toutes, au moins un court résumé.

Observation XV

Amaurose coïncidant avec une inflammation de l'antre d'Highmore, par Brück.

(Résumé) *Casper's Wochenschrift*, mars 1851.

Homme, 45 ans, avait eu un abcès de l'antre qui s'était fait jour par la narine gauche. Depuis il avait de temps en temps des

poussées aiguës pendant lesquelles le globe était repoussé en avant par le bombement des parois du sinus. A la fin, la vision était entièrement perdue et l'œil dévié en dehors. A la suite d'une saison aux eaux de Dribourg les symptômes de la maladie de l'antre disparurent graduellement ; la vue se rétablit, mais resta imparfaite dans l'appréciation des distances.

Au début, il y avait eu des douleurs violentes des dents du côté gauche.

En 1853, un médecin de l'armée belge, Decaisne (1), s'efforce d'établir que le nerf de la cinquième paire a une influence directe sur la rétine, opinion qui n'est pas soutenable aujourd'hui ; s'inspirant des idées de son compatriote Teirlinck, auquel il ne rend peut-être pas suffisamsamment justice, il cherche à démontrer que les organes de la vision ont des rapports immédiats avec les dents molaires et les canines, auxquelles il voudrait, prétention assez inutile, attribuer la désignation populaire de dents œillères.

Observation XVI

Le nommé D..., âgé de 23 ans, au service depuis 1846, d'un tempérament bilieux, d'une bonne constitution et n'ayant jamais eu que durant peu de jours une fièvre intermittente tierce, se fit extraire le 22 juin 1851 la petite molaire supérieure du côté droit. Cette dent cariée le faisant souffrir cruellement, le D[r] H... en opéra l'extraction à l'aide de la clef, et cette opération ne présenta rien de remarquable. Mais quelques instants après l'extraction, la joue se gonfla, le malade ressentit de la gêne de ce côté

1. Decaisne : *Sur les dents œillères. Bulletin de l'Ac. Royale de Belgique*, XIII p. 53.

et, le lendemain matin, l'œil et la joue étaient gonflés au point qu'il crut être atteint d'une fluxion. Ce gonflement ne diminuant pas, D... alla consulter le médecin de son régiment qui lui conseilla l'application d'un cataplasme sur la joue et l'exempta de tout service, mais l'affection n'en continua pas moins à marcher et les douleurs devenant plus vives malgré le séjour au lit, l'usage des cataplasmes et d'un purgatif qui lui fut administré, le malade fut envoyé à l'hôpital militaire de Namur.

A son entrée le 1er juillet, tout le côté droit de la figure offrait un fort gonflement, les paupières se trouvaient œdématiées, l'œil était poussé en avant et fortement proéminent, le globe oculaire tendre, dur ; on remarquait une exophthalmie avec chémosis séreux très considérable qui empêchait absolument de distinguer la cornée. Le malade accusait une très vive douleur à la tempe, au sourcil, ainsi que derrière l'oreille droite ; l'insomnie était complète, la peau chaude couverte de sueur, le pouls plein, dur, à 88, la langue blanchâtre, humide, la soif vive ; la gencive de la dent arrachée n'offrait rien de remarquable, si ce n'est la présence d'une toute petite esquille qui fut immédiatement enlevée. En présence de l'état du malade, je fis pratiquer une forte saignée et appliquer douze sangsues dont six à la tempe et six à la paupière inférieure, des cataplasmes sur la partie douloureuse, et administrer un purgatif composé avec le séné et le sulfate de magnésie. J'ordonnai la diète absolue.

Le 2, le malade a un peu dormi, il n'accuse plus autant de douleurs à la région frontale, mais il ne peut cependant faire mouvoir son œil qui reste encore fortement proéminent, gonflé et dur. La paupière supérieure est complètement abaissée, le chémosis est toujours très fort, mais cependant nous pouvons distinguer une petite partie de la cornée qui semble enchâssée dans le chémosis. L'œdème de la paupière inférieure et de la joue est plus forte que la veille, la peau est modérément chaude, le pouls petit à 80, le malade a eu plusieurs selles amenées par le purgatif. On appliqua de nouveau douze sangsues aux mêmes points et on continua les cataplasmes.

A la visite du 3, je constatai une ecchymose bleuâtre, noire, à toute la paupière supérieure; le malade accusait du reste moins de douleur, et commençait à pouvoir bouger un peu le globe de l'œil dans son orbite; le chémosis avait diminué, et en relevant la paupière supérieure je reconnus que la vision n'était pas altérée. Je prescrivis pour la journée trois frictions sur la tempe et les paupières avec l'onguent suivant (ung. hydr., trente grammes, extr. bellad., quatre grammes), ainsi que la continuation des cataplasmes. Toutes les fonctions s'exécutant bien, et le malade réclamant de la nourriture, je lui accordai deux soupes.

L'ecchymose de la paupière existait encore lors de la visite du 4 ; l'œil était cependant moins tendu, mais le malade ne pouvait parvenir encore à écarter les paupières l'une de l'autre; je constatai de l'empâtement à l'angle interne de la paupière inférieure. Même prescription.

Le 5, à la visite du matin, je trouvai un gonflement des deux paupières de la joue droite, et à la pression de la paupière inférieure, particulièrement à son angle interne, une douleur assez vive. Six sangsues y sont appliquées ; continuation des frictions et des cataplasmes, mais de plus un purgatif, la langue étant un peu blanche, chargée.

Le 6 au matin, je reconnus distinctement une collection purulente à la partie inférieure de l'orbite, et je pratiquai une incision à la partie interne de la paupière inférieure, près de son angle ; une grande quantité d'un pus jaune, louable, de bonne nature, s'en écoule immédiatement. La joue avait conservé son gonflement, le malade ne dormit pas, et souffrit beaucoup de tout le côté droit de la tête. Je continuai encore les cataplasmes et les frictions. Le lendemain 7, le malade put fort bien dormir, la tension de la joue et des paupières se trouvait beaucoup diminuée, le globe oculaire était rentré dans l'orbite, les paupières étaient mobiles, et le malade pouvait enfin ouvrir l'œil et y voir. Je lui prescrivis le 1/4 rôti.

A ma visite du 8, l'œil était entièrement ouvert, le gonflement

des paupières et de la joue avait complètement disparu, et bien qu'il s'écoulât encore à la pression sur le globe de l'œil du pus par l'ouverture pratiquée, je fus parfaitement rassuré sur sa conservation.

Le malade commença à se lever le 9 ; il remuait parfaitement bien son œil dont la vision n'avait rien souffert, et à partir de cette époque D... fut considéré comme convalescent de sa péri-orbite. La plaie resta cependant fistuleuse pendant toute la durée du mois d'août, époque où il quitta l'hôpital pour se rendre dans sa famille et jouir d'un congé de convalescence.

Observation XVII

Henri L..., de Malone, âgé de 14 ans, d'un tempérament lymphatique, alla au commencement du mois de novembre 1850 chez un médecin pour se faire extirper la seconde molaire droite de la mâchoire supérieure. Comme cette dent était extrêmement cariée, on ne parvint qu'à lui en enlever quelques morceaux.

Le lendemain de cette opération, la joue droite était très gonflée, il ressentait une assez forte douleur à la tempe et derrière l'oreille du même côté. L'œil droit proéminait en dehors de l'orbite et il ne voyait plus de cet œil. Il fut obligé de garder le lit pendant quatre semaines, et après ce laps de temps il ne voyait encore que très peu.

Peu à peu on vit tomber les restes de cette dent et le 2 juillet 1851 Henri L... se trouvait dans l'état suivant :

La tête est penchée à droite. La joue de ce côté est encore un peu gonflée, la paupière inférieure est tiraillée en bas et en dehors, le malade dit éprouver de la douleur dans ce côté de la tête chaque fois qu'il se baisse.

L'œil est intact, la vue assez bonne, mais le malade assure qu'elle n'est pas aussi forte que du côté gauche, et qu'elle n'est plus aussi bonne qu'avant l'extirpation de sa dent.

Observation XVIII

Le nommé Constant D..., âgé de 22 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, éprouva le 11 janvier 1852 un violent mal de dent, causé par une carie de l'avant dernière molaire inférieure droite. Le mal n'ayant fait qu'augmenter pendant deux jours, cet homme se décida à se faire arracher sa dent cariée par le Dr F.

L'évulsion de la dent donna lieu à une hémorrhagie assez abondante; la douleur fut un instant calmée, mais bientôt elle se réveilla avec une nouvelle intensité, tout le côté droit de la face devint le siège d'une vive sensibilité, et un léger gonflement se déclara tout d'abord.

Le lendemain, la douleur et le gonflement étaient augmentés, le malade ressentait des battements pénibles dans la région temporale droite qui était chaude et tendue, en même temps qu'il souffrait beaucoup dans le fond de la cavité orbitaire. Un cataplasme émollient fut appliqué sur cette partie de la face, et le malade resta couché. Pendant la nuit il eut une abondante transpiration, en même temps qu'une hémorrhagie assez forte par les narines.

Le 16 au matin, je vis le malade ; la joue et le côté droit de la face, les paupières et l'oreille sont gonflées, la conjonctive oculaire est rouge, et il y a un léger chémosis, la vue est trouble de ce côté, et il y a hypersécrétion de mucosités à cet œil. La bouche ne peut s'ouvrir qu'incomplètement, il y a manque d'appétit, le pouls est accéléré, et la douleur existe particulièrement dans le fond de l'orbite. On prescrit douze sangsues derrière l'oreille, un collyre avec l'eau de roses et le sulfate de zinc, un purgatif salin et la diète.

Le 17, le chémosis a disparu, l'œil est moins rouge, le gonflement de la joue a diminué, enfin on observe une diminution de tous les symptômes énoncés plus haut.

L'injection oculaire a beaucoup diminué le 18, le malade ne se plaint plus que d'une gêne douloureuse dans la mâchoire inférieure, qui se fait particulièrement sentir vers l'articulation. On accorde deux soupes au malade.

Le 20. — La face est complètement dégonflée, l'œil est rentré dans son état normal, la vue est redevenue bonne, et le malade est considéré comme guéri, quoique ne pouvant pas encore reprendre son travail.

Observation XIX

Depuis six mois Georges M...., âgé de 21 ans, ne voit plus de l'œil droit, et c'est à la suite de l'extraction de la seconde grosse molaire de ce côté qu'il a vu se former un abcès à la joue du côté droit.

Cet abcès a laissé deux cicatrices adhérentes à l'os de la pom mette, et l'œil offre en ce moment une cataracte capsulo-lenticulaire très bien formée, qui, au dire du malade, s'est déclarée à la suite de l'extraction de la dent, et pendant la durée de l'abcès malaire qui est resté quatre mois avant de se guérir complètement. La contraction de l'iris se fait régulièrement, et pas la moindre injection ou autre altération n'est visible à cet œil qui n'a jamais été malade qu'au moment de l'extraction de la dent. Aucune lésion n'existe à l'œil gauche, et personne de la famille de Georges n'a été affecté de maladies oculaires.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que cette dernière observation, unique d'ailleurs, est peu probante.

Observation XX

Inflammation du sinus maxillaire. Suppuration. Exophthalmie. Abcès du cerveau. Mort résumée Foucher. *Gaz. des Hôp.*, 1856, p. 35.

Zoé D..., 38 ans, atteinte d'une inflammation de l'antre, d'un

durée de deux ans, est prise d'une poussée aiguë. Bientôt la cavité du sinus est dénudée. La suppuration gagne le cou, puis l'orbite, la vue se perd. Diarrhée, fièvre intense, coma et mort.

A l'autopsie, on trouve la racine de la première prémolaire point de départ des accidents.

Observation XXI (Louis Oxley).

Relaté par Samuel Smith, *in The Lancet,* 14 fév. 1857 (t. I), p. 159.

Une jeune femme, de tempérament un peu strumeux, se plaignait d'une douleur gravative à la partie inférieure de l'orbite. La douleur, qui durait depuis trois ou quatre mois, s'était accompagnée d'une élévation graduelle de la surface orbitaire du maxillaire. L'œil au-dessus de cette surface devint malade au point de perdre entièrement à la fin ses fonctions. A cette période de la maladie la jeune femme, soignée par un praticien qui ignorait la pathologie et la chirurgie dentaires, eut recours aux sangsues, aux vésicatoires derrière les oreilles et aux purgatifs drastiques : sans succès, je n'ai pas besoin de le dire. Deux ou trois mois après avoir perdu la vue, la jeune femme s'aperçut pour la première fois qu'il sortait par la narine droite un liquide épais et purulent, L'écoulement existait depuis dix-huit mois quand je la vis pour la première fois. L'examen de la bouche révéla immédiatement la cause du mal et l'extraction de trois racines atteintes de périostite suffit pour rendre leurs fonctions à deux organes très importants.

Observation XXII

Sir Thomas Watson rapporte un cas de cécité monoculaire qui revient à trois ou quatre reprises, cédant chaque fois à l'extraction de dents cariées. D'après Tomes, trad., p. 540.

Dans la deuxième édition (1858, t. III, p. 575) de son *Traité des maladies des yeux*, Desmarres admet entre l'organe de la vue et le système dentaire des rapports pathologiques réels. Il dit avoir observé plusieurs mydriases liées à la carie dentaire ; un malade recouvra la mobilité de sa pupille sept ou huit jours après l'extraction de la dent cariée, mais la plupart demeurèrent mydriatiques. Il dit avoir rencontré fréquemment des amblyopies fort rebelles, mais jamais l'amaurose, et relate deux observations, la première prise par lui, la seconde rédigée par un médecin distingué de Paris chez lequel une dent à pivot produisit des accidents amblyopiques assez graves pour mettre l'un des yeux en péril pendant près de dix-huit mois.

Observation XXIII

Desmarres, 1858, 2e éd., Paris, t. III, p. 584.

M. le comte de..., grand chasseur, demeurant à Compiègne, se plaignait de ne plus pouvoir tirer avec la précision qui lui avait donné dans les chasses royales une véritable célébrité. Sa vue était confuse de près et à distance ; il voyait quelques mouches volantes.

Je l'examinai avec soin et reconnus facilement qu'il était atteint à droite d'un mydriasis peu marqué. Comme ce malade éprouvait de temps en temps de petites névralgies de la cinquième paire, courant successivement sur toutes les diverses branches, j'en recherchai la cause et pensai qu'elle pouvait être tout entière dans la conservation de la deuxième molaire gauche, cariée jusqu'au collet. Je fis part de mon observation au malade : la dent fut ex-

traite, et tout aussitôt les accidents amblyopiques, déterminés par la mydriase et compliqués de congestion rétinienne, disparurent complètement et ne revinrent plus, Desmarres, *loc. cit.*, p. 584.

Observation XXIV

M. X... eut, en 1845, la dent canine gauche attaquée par une carie molle qui la réduisit à une simple coque; le nerf dentaire fut détruit par déchirure et la dent devenue insensible fut aurifiée.

En 1846, en mangeant, la coque d'émail très amincie se brisa, et il ne resta que la racine ; une dent artificielle à pivot remplaça la dent naturelle; rien de particulier ne se passe jusqu'en 1850 ; au mois de juin, à la suite d'un long voyage, M. X... fit renouveler la dent, qui fut implantée avec force dans la racine; dès le lendemain l'œil correspondant, sans être douloureux, ne voyait les objets qu'à travers un nuage; une tache noirâtre, une mouche, couvrait tous les objets et suivait les mouvements de l'œil. Après quelques jours de cet état, la vue devenait de plus en plus trouble. M. Desmarres prescrit des sangsues à l'anus, des purgatifs, des frictions iodurées s'adressant aussi à une congestion de la choroïde ; il y eut un peu d'amélioration, et après deux ou trois mois tout semblait revenu à l'état ordinaire; cependant l'axe visuel avait dû subir une déviation, ce dont M. X... s'aperçut à la chasse ; contre son habitude, il manqua constamment de tuer à belle portée.

A plusieurs reprises les accidents se reproduisirent, et enfin en 1852 ils augmentèrent tellement que la vue du côté gauche était entièrement compromise au point de ne pas distinguer les traits d'une physionomie, à ne pas reconnaître les personnes. Il parla de cela à M. Buchez, son dentiste, qui n'hésita pas à l'attribuer à la dent; il constata une douleur à la pression dans la fosse canine et conseilla l'avulsion de la racine, laquelle fut pra-

tiquée de suite à l'aide d'un tirefond. A l'extrémité de cette racine adhérait un paquet de tissu vasculaire gris, gros comme une cerise, ce dont s'applaudit beaucoup M. Buchez; il y eut un écoulement de sang assez modéré. Dès le lendemain, la vue s'éclaircit; tous les jours les progrès étaient très sensibles; quinze jours après il n'y paraissait plus. Depuis, jamais il n'y a eu le moindre accident, le parallélisme s'est parfaitement rétabli, ainsi que maintes fois M. X... a pu le constater.

Desmarres, *loc. cit.*, p. 586.

L'attention des chirurgiens anglais s'est portée de bonne heure sur les perturbations oculaires consécutives aux altérations dentaires : la littérature anglaise a fourni presque la moitié des observations que nous avons pu recueillir antérieurement à 1870.

Hancock (1) a donné 3 observations de troubles oculaires anciens guéris par l'extraction des dents.

Observation XXV

(H. Hancock. *The Lancet*, 1859, page 80 (22 janvier).

J. K..., âgé de onze ans, entre à l'hôpital de Charingcross le 11 novembre 1854. Environ un mois auparavant, en s'éveillant le matin, il s'aperçut qu'il était complètement aveugle. Antérieurement il n'avait rien eu aux yeux, et la veille en se mettant au lit il voyait distinctement. Il consulta un chirurgien de son pays qui lui prescrivit des purgatifs, des vésicatoires, puis des ventouses; mais comme il n'en retirait aucun bénéfice, au bout d'un mois il me fut adressé à l'hôpital. Ses pupilles étaient dilatées, fixes, insensibles à la lumière qu'il ne pouvait distinguer des

1. Hancock : *On cases connected with the teeth. The Lancet*, 1859, I, p. 80.

ténèbres. La soudaineté de l'attaque, et l'absence des symptômes prémonitoires habituels me firent penser que le désordre était fonctionnel plutôt qu'organique, et conséquemment j'examinai ses dents. Je les trouvai très serrées et enclavées, les mâchoires, en fait, n'étant pas assez larges pour elles ; et je supposai que l'amaurose venait de là. J'ordonnai de le conduire à M. Robert, dentiste de l'hôpital, qui, le 17 novembre, lui enleva six molaires, deux permanentes et quatre temporaires. Le soir même l'enfant pouvait distinguer le jour de la nuit ; et le lendemain matin il discernait les objets. A partir de ce moment sa vision s'améliora rapidement et il fut renvoyé guéri le 28, le seul traitement, en dehors de l'extraction des dents, ayant consisté en deux doses d'apéritif.

Observation XXVI

Un homme de la campagne me fut adressé à *Royal Westminster Ophthalmic Hospital* pour une cécité complète de l'œil droit qui durait depuis huit mois. L'attaque était venue tout à coup, sans avoir été précédée de douleur, de mouches, d'étincelles, ou d'aucun des signes précurseurs de l'amaurose. Il ne pouvait distinguer la lumière des ténèbres ; les pupilles étaient dilatées et fixes. Les divers remèdes de l'amaurose avaient d'ailleurs été employés chez lui sans succès. Je dirigeai mon attention vers la bouche, et trouvai la seconde molaire de la mâchoire supérieure du côté droit très cariée. Elle fut extraite, et le patient invité à revenir à l'hôpital deux jours plus tard. A sa première visite il pouvait voir et il était capable de distinguer les objets, quoique pas très nettement. Au bout de peu de jours il retourna chez lui bien guéri. Il n'avait été fait d'autre traitement que l'extraction de la dent.

Hancock, *loc. cit.*

Observation XXVII

Ptosis et strabisme divergent.

H. R..., d'Hereford, âgée de 29 ans, entre à l'hôpital dans le service de M. Hancock le 3 juillet 1858. Le strabisme existe depuis trois ans. Le ptosis est de date récente, une quinzaine de jours environ. L'œil gauche est complètement fermé. Le mal est venu subitement, sans douleur dans la tête ni dans les yeux. On prescrit : mixture composée de fer, une once, trois fois par jour, avec un apéritif.

12 juillet. — Pas d'amélioration. M. Hancock examine la bouche et trouve deux dents molaires de la mâchoire supérieure du côté gauche cariées. La malade assurait qu'elles ne lui faisaient aucun mal ; cependant on ordonna l'extraction, qui fut faite.

14. — Le ptosis est amélioré.

16. — Le ptosis a pris maintenant un caractère intermittent. L'œil est bien ouvert le matin, mais vers midi la paupière tombe et ne reprend plus sa position jusqu'au soir. Cinq grains de bisulfate de quinine, deux fois par jour.

20. — Le ptosis est guéri, et le strabisme va mieux, assez bien pour ne pas nécessiter une opération.

La malade resta à l'hôpital trois ou quatre semaines encore et fut renvoyée complètement guérie.

Hancock, *loc. cit.*

Dans son *Traité des maladies des yeux* (1862), Deval cite le fait suivant :

Observation XXVIII.

Un oculiste de Paris a longtemps donné des soins à un fonctionnaire public tourmenté, à un œil, par une inflammation dou-

loureuse et sujette à des exacerbations continuelles ; toutes les médications s'étaient montrées stériles contre cette affection qui offrait quelques caractères de l'iritis, quand l'avulsion d'une dent cariée, qui fut proposée par un dentiste, enleva le mal comme par enchantement.

Deval : *Traité des maladies des yeux*, 1862, p. 98.

Un savant anglais, connu par ses travaux sur les affections syphilitiques de l'œil et des dents, Hutchinson (1), a publié quatre observations d'une certaine concordance de troubles de la vision avec des névralgies dentaires.

Observation XXIX

Névralgie du globe oculaire guérie par l'extraction d'un chicot.
Jonathan Hutchinson, *Opht. Hosp. Reports*, 1865, p. 383.

Mme Higdon, âgée de 28 ans, femme quelque peu affaiblie par un allaitement, vint à Moorfields le 15 janvier disant qu'elle ne voyait pas de l'œil gauche. Un mois auparavant elle avait souffert de douleurs dans l'œil et dans le front. La douleur était violente à certains moments, mais pas constante. Elle avait le caractère nettement névralgique. L'œil était larmoyant et irritable. Il ne pouvait supporter la lumière et la patiente ne pouvait lire que les grandes lettres capitales. La photophobie était telle que je ne pus bien déterminer son acuité visuelle.

Elle disait qu'elle ne souffrait pas des dents, mais en l'examinant je trouvai à la mâchoire supérieure une molaire cariée sensible à la pression. Je lui conseillai de la faire enlever. Elle le fit et revint une semaine plus tard enchantée d'être débarrassée de tous les symptômes.

1. Hutchinson : *Ophthalmic hospital reports*, 1865, t. IV p. 43.

L'œil n'était plus irritable ; il n'y avait plus de photophobie, et elle lisait facilement. Elle déclara que toute douleur dans le front et l'œil avait cessé aussitôt après l'extraction du chicot.

(Hutchinson, *loc. cit.*).

Observation XXX

Maux de dents et névralgie de la face. Perte soudaine, permanente et complète de la vue du côté droit remontant à dix ans. Disposition continuelle aux névralgies. Deux attaques passagères de cécité complète à gauche survenues récemment, J. Hutchinson, p. 384...

Mlle X..., âgée d'environ 40 ans et de santé passable, a perdu subitement la vue du côté droit il y a dix ans. Elle dit qu'elle souffrait des dents et généralement de la face déjà quelque temps auparavant, et qu'un matin au lit en se réveillant elle avait été fort alarmée de trouver sa vue altérée. D'abord elle crut qu'elle ne pouvait pas ouvrir l'œil droit ; puis s'étant levée et étant allée à son miroir, elle vit qu'il était ouvert, mais totalement aveugle. Elle affirme qu'il n'y avait rien jusque-là d'anormal dans son œil, sans quoi elle l'eût remarqué, puisque, dès son réveil, son attention fut appelée sur le fait que la vue se faisait mal. Depuis cette perte subite de la vue du côté droit il n'y a jamais eu la moindre amélioration, et il n'y a pas en ce moment la moindre perception lumineuse. Pendant les dix années qui se sont écoulées depuis, elle a souffert à plusieurs reprises de névralgies dentaires des deux côtés, et aussi de névralgies affectant diverses régions de la face, le front et souvent même les globes oculaires.

La patiente ne décrit pas ces attaques de névralgies comme très violentes. L'œil gauche n'avait jamais souffert, et quinze jours avant que M. Holt, de Hitchin, l'amenât à ma consultation, la vue était parfaite de ce côté. Alors étant venue en ville une après-midi, assise et causant avec une amie, elle se trouva subitement dans les ténèbres, sans qu'il y eût immédiatement avant ni maux

de tête, ni malaise, ni vertige. Au bout d'une ou deux minutes elle put apercevoir le parquet, et dans les cinq minutes qui suivirent la vue revint graduellement, de bas en haut, presque aussi bonne qu'auparavant.

Une semaine après exactement, une attaque semblable survint qui se dissipa comme la première. Il ne resta comme symptômes que des petites mouches et la perception de halos autour des lumières, en même temps que des douleurs fort pénibles dans les deux globes.

Quand je la vis en février 1865, la vue de l'œil gauche était presque parfaite, à part un faible degré d'hypermétropie. A l'ophthalmoscope je ne pus découvrir aucune anomalie du fond de l'œil. L'artère centrale était de moyen calibre, il n'y avait pas trace d'excavation.

Dans l'œil droit la papille était ovale, à grand axe vertical, très blanche, à bords abruptes, sans trace de coloration à la surface. L'artère et la veine centrale étaient rétrécies, mais à un faible degré. L'artère était facile à suivre. Il n'y avait pas de vaisseaux coupés, aucune trace de maladie de la choroïde.

L'examen de la bouche me fit découvrir à gauche quelques chicots, dont aucun n'était particulièrement douloureux. Je lui conseillai de les faire tous enlever et de prendre de la quinine. Mlle X... n'avait jamais eu d'attaques et n'avait jamais présenté de symptômes de maladies cérébrales autres que la perte de la vue. Depuis que l'œil droit était aveugle, il présentait un strabisme convergent très marqué. Les deux pupilles étaient dilatées, mais modérément.

(Hutchinson, *loc. cit.*).

Observation XXXI

Cécité d'un œil en connexion avec une odontalgie et une irritation très prolongée de la gencive. Retour partiel de la vue après l'extraction d'un chicot. Pas d'altérations du fond de l'œil affecté. J. Hutchinson, p. 384.

Mme S..., Norwégienne, âgée d'environ 45 ans, robuste et de santé florissante, me fut adressée par le Dr H. Weber pour une tumeur qui s'était développée dans le masséter gauche. La nature exacte de la tumeur était fort douteuse. Je la trouvai presque aveugle de l'œil gauche. Le globe était considérablement rejeté en dehors. Quant à la perte de la vue, la patiente me dit qu'elle avait souffert, trois ans auparavant d'un gonflement de la gencive supérieure droite, on avait appliqué des sangsues à diverses reprises. Elle ressentait parfois de vives douleurs dans la tumeur. L'œil gauche devint aveugle.

Elle blâmait elle-même l'application répétée de sangsues sur la gencive. Peu de temps après on lui enleva un chicot et aussitôt le gonflement de la gencive disparut. La vue se rétablit graduellement, mais jamais assez pour distinguer autre chose que les gros objets. A l'examen ophthalmoscopique je ne pus rien découvrir d'anormal au fond de l'œil affecté. La papille était bien colorée. Il n'y avait pas d'excavation et le globe oculaire n'était pas dur.

(Hutchinson, *loc. cit.*).

Observation XXXII

Attaques répétées de névralgie faciale. Amaurose subite et complète après une nuit de vives souffrances. Léger recouvrement de la vue.

J. Hutchinson. *Opht. Hosp. Reports*, 1865, tome IV, p. 386.

Mme L..., 58 ans, m'a été adressée par M. Biddle, d'Edmouton, au commencement de janvier de la présente année. Elle avait

l'aspect donné par une amaurose complète, les deux pupilles considérablement dilatées. Je supposai, à première vue, qu'elle était aveugle depuis longtemps, mais j'appris qu'elle l'était devenue subitement dans la matinée du dimanche précédent. En l'examinant je trouvai qu'elle n'était pas absolument aveugle, mais qu'étant assise tranquillement elle pouvait déchiffrer les caractères n° 16, en tenant la page de côté et procédant lettre par lettre.

Elle me raconta que dix ans auparavant elle avait souffert de névralgies, qu'elle avait alors consulté M. Wordsworth pour une attaque violente qui avait englobé le globe oculaire gauche et qu'elle avait été très soulagée par ses prescriptions. Ensuite elle continua à mener une vie très active, tout en souffrant de temps en temps de son ancien mal. Il y a deux mois elle fut prise d'une attaque violente, plus grave que les précédentes. La douleur partait de la joue gauche, d'une dent, pensait-elle, et de là gagnait l'œil, le front et le nez. Elle était extrêmement violente. La vision n'était nullement affectée, et bien qu'elle ne pût dormir la nuit, la patiente continua à remplir ses devoirs de maîtresse de pension. Au bout d'une semaine elle fut à peu près débarrassée de ses souffrances, qui toutefois reparurent de temps à autre.

Le samedi 14 janvier dans la soirée, la douleur reparut très violente dans l'œil droit et la région sus-orbitaire. La malade eut une mauvaise nuit, mais se leva à l'heure ordinaire. Elle se sentait malade, plutôt abattue, mais n'eut pas de vomissement. En déjeûnant le dimanche matin elle porta les mains à ses yeux en disant : « quelle nuit j'ai passée avec ces névralgies de l'œil! » et en ôtant ses mains elle s'aperçut avec épouvante qu'elle ne pouvait plus les voir. Pendant cinq minutes environ elle fut dans une obscurité complète, puis elle commença à pouvoir distinguer ceux qui étaient autour d'elle, la vue se rétablit assez pour distinguer seulement les grandes lettres capitales, et elle resta dans cet état jusqu'au jour où elle vint me trouver.

A ce moment, le vendredi 18 janvier, Mme L... était presque

aveugle, avec les pupilles dilatées et paresseuses. A l'ophthalmoscope je ne trouvai aucun changement. Les milieux des deux yeux étaient parfaitement transparents, les papilles et les rétines avaient leur vascularisation normale. Mme L... avait bonne mine et paraissait en bonne santé; mais son pouls était intermittent et il y avait un bruit mitral régurgitant très fort. Le second bruit était clair. Le cœur battait violemment, il était évidemment hypertrophié. Examinant la bouche, je trouvai à droite une molaire dont les racines étaient enflammées et branlantes. Je l'enlevai, les racines étaient décolorées et verdâtres.

L'amaurose ne s'était accompagnée d'aucun symptôme cérébral et, à part les tourments que lui causait son état, Mme L... paraissait dans son état de santé habituel. La névralgie avait notablement diminué, mais n'avait pas disparu entièrement.

Si la dernière observation peut laisser quelques doutes, il n'en est pas de même de la suivante :

Observation XXXIII

Amaurose; abcès de l'antre ; dent cariée.
M. Charles Gaine. *Brit. med Journal*, 30 décembre 1865, p. 683.

E. B..., âgé de 22 ans, fut admis à l'hôpital de Bath, le 7 août 1863, pour vision défectueuse de l'œil droit. Il y avait ptosis de la paupière supérieure droite, et gonflement marqué de la face, avec un abcès de l'alvéole et, la suite le prouva, de l'antre d'Higmore, en relation avec la première molaire supérieure droite qui avait été brisée dans des tentatives d'extraction. Le patient ne voulut qas consentir à se laisser enlever les racines de la dent brisée. Le 16 septembre la vue de l'œil droit était entièrement perdue. Les chicots de la dent brisée furent extraits, l'antre ouvert, et une grande quantité de pusé vacuée. A l'examen ophthal-

moscopique, le nerf optique était très anémique. Quand le malade fut revu, le 5 mai 1864, le nerf de la troisième paire avait repris ses fonctions ; le ptosis n'existait plus, et la pupille fonctionnait bien. Le nerf optique était encore anémique et l'œil droit entièrement aveugle.

La relation de cause à effet est bien nette et se manifeste à deux reprises chez la malade dont Wecker raconte l'histoire.

Observation XXXIV

Dr Wecker, 1866. *Ann. d'oculistique*, t. LV, 1866, p. 134.

Mme Chatelain, couturière, âgée de 28 ans, ressentait depuis longtemps de violentes douleurs dans toute la région qui correspond aux maxillaires supérieurs; le 3 décembre 1865 elle est prise d'un accès de douleur tellement vive qu'elle est obligée de se coucher; quelque temps après la douleur se calme un peu, et, en se levant, la malade s'aperçoit qu'elle a totalement perdu la vue de l'œil droit. Des pédiluves et des vésicatoires, appliqués sur les conseils de son médecin, restent sans aucun effet: pressée de travailler, elle continue à vaquer à ses occupations. Peu de temps après, elle est prise de violentes douleurs dentaires à gauche, dont l'intensité acquiert, dans la soirée du 17 décembre, le même degré qu'à droite, lors de la première attaque. La douleur s'étant un peu calmée, la malade se trouva, à son grand effroi, entièrement aveugle et forcée de se faire reconduire chez elle. Le lendemain cette malade est amenée à la clinique, où nous constatons la persistance des mêmes phénomènes; en plaçant une forte lampe devant ses yeux, elle n'accuse que d'une manière très incertaine le passage de la main devant la flamme. Les pupilles sont modérément dilatées et ne réagissent pas à la lumière; le fond de l'œil

n'offre aucune altération, soit dans la coloration, soit dans la vascularisation des papilles et dans l'aspect des taches jaunes. La démarche de la malade est celle d'une personne entièrement aveugle, et toute idée de simulation disparaîtrait devant cette seule considération que cette femme, d'une réputation parfaite est l'unique soutien de trois enfants en bas-âge.

Ayant appris qu'une névralgie dentaire intense avait précédé la cécité, nous avons conseillé à la malade de s'adresser à un dentiste pour qu'il fût procédé à l'extraction de plusieurs dents cariées. Le 20 décembre, après avoir été soumise à des inhalations de chloroforme, on pratique l'avulsion de cinq dents fortement cariées dont deux en haut et trois en bas, du côté gauche. La malade revenue de l'anesthésie accuse le retour de la vision à gauche, et lorsque nous l'examinons cinq jours après, nous constatons le retour parfait de la faculté de voir du côté gauche, et à droite une perception exacte de la lumière ; de ce côté une forte fluxion empêche la malade de se faire enlever trois autres dents cariées, mais cette opération est pratiquée le 6 janvier. Presque aussitôt la malade recouvra les fonctions de l'œil droit, et, en l'examinant quelques jours après, nous avons pu constater un état parfait de l'acuité de la vision à droite et à gauche. Pendant ce temps la malade avait fait usage de pilules au valérianate de zinc, traitement auquel nous ne croyons devoir attribuer aucune participation dans une guérison si surprenante. Disons, en terminant, que cette personne était d'une santé d'apparence robuste et n'offrait à cet égard rien d'autre de remarquable à noter.

Une amaurose double se trouve guérie par l'extraction de deux molaires dans le fait suivant :

Observation XXXV

Dr Delgado (de Madrid). *Ann. d'oculistique*, mars 1866, p. 140.

Un enfant de Tolède, de 11 à 12 ans, nous fut amené par ses parents, car il lui était impossible de se conduire seul. Après in-

formations prises nous sûmes que cet enfant avait éprouvé une apoplexie accompagnée d'accidents nerveux cérébraux, qui avaient mis sa vie en danger, et que, depuis lors, les parents s'étaient aperçus que l'enfant voyait *moins bien et ne reconnaissait plus les personnes à courte distance.* Cet état s'était aggravé d'une manière alarmante depuis quinze jours, aggravation qui coïncidait avec une névralgie dentaire des deux côtés. Examinant la bouche de l'enfant, je rencontrai en effet deux molaires, l'une à droite et l'autre à gauche, complètement cariées. A l'ophthalmoscope, nous rencontrâmes des symptômes manifestes d'une altération profonde de la choroïde, surtout de sa couche pigmenteuse. Cet état pouvait ou non, selon nous, être contemporain des accidents cérébraux ; peut-être existait-il avant, et que les parents de l'enfant ne s'étaient aperçus que plus tard que le patient n'avait jamais bien vu de près.

L'état amaurotique où il se trouvait était tel qu'il ne pouvait compter à aucune distance les doigts qu'on lui montrait, et qu'en lui faisant faire quelques pas dans notre cabinet on remarquait cette démarche incertaine et vacillante qui est le propre des aveugles, trébuchant même contre les plus grands objets. Avant de conseiller un traitement pour cet enfant, dont l'état actuel de la vision ne nous était pas expliqué par les désordres révélés par l'ophthalmoscope, attendu que la rétine et la papille optique n'offraient aucune apparence d'altérations de texture, nous conseillâmes avant tout l'extraction des molaires cariées, insistant pour qu'on nous ramenât le patient quelque temps après. Il nous fut représenté trois jours plus tard, et nous fûmes surpris à son aspect : on avait extrait les deux molaires cariées, et presque immédiatement après, l'enfant, au dire de ses parents, avait pu se conduire tout seul, et avait recouvré la gaieté propre à son âge. En examinant l'acuité de la vision, nous constatâmes que l'enfant lisait tout de suite les caractères les plus petits du livre de Jaeger, bien qu'à une distance plus courte que la physiologique, ce qui nous prouva l'existence d'un certain degré de myopie, mais peu considérable toutefois. Il était donc évident que l'amau-

rose qui existait depuis quinze jours n'était pas un symptôme de l'état où se trouvait l'œil interne, mais bien le reflet de la névralgie dentaire dont le patient souffrait depuis quinze jours.

Dans un article assez étendu sur les affections du système nerveux dépendant de maladies des dents permanentes, J. Salter (1) donne quatre observations très instructives sur le sujet qui nous occupe.

Observation XXXVI

Paralysie faciale, amblyopie, dent de sagesse cariée.

Mme Barnard, mariée, bien portante, eut souvent des douleurs dans la dent de sagesse supérieure droite pendant les années 1863 et 1864. Il n'y eut pas de fluxion, la douleur était le seul symptôme. La dent était cariée.

Le 27 décembre 1864, elle eut une violente odontalgie de cette dent ; les douleurs étaient extrêmement vives et d'abord strictement locales. Un peu plus d'une semaine après, le 5 janvier 1865, les douleurs, encore très vives, devinrent diffuses, erratiques, s'étendant au-devant de la mâchoire et jusqu'à l'œil ; il y avait aussi de la douleur à la gorge du côté droit. Le bras droit était sérieusement touché ; il devint presque impotent et constamment douloureux ; la malade pouvait difficilement saisir ou tenir un objet dans la main droite.

Le 7 janvier apparurent des symptômes de paralysie faciale, la malade remarqua que la bouche et les traits étaient généralement tirés vers le côté gauche ; la paralysie augmenta et fut com-

1. Salter (James) : *Affections of the nervous système dependent on diseases of the permanent teeth*, *uy's Hosp. Reports*, 1867, vol. XIII.

plète en deux jours. En même temps, la vision de l'œil droit devint tout à fait trouble et une douleur profonde se fit sentir en arrière du globe.

La malade vint alors trouver mon frère, le Dr Hyd. Salter, à l'hôpital de Charing Cross, et après quelques essais de traitement infructueux, celui-ci, soupçonnant que la maladie venait des dents, me l'envoya. Je la vis le 14 janvier : elle avait une paralysie faciale complète du côté droit ; les traits étaient tirés à gauche ; elle était incapable de rapprocher les paupières de l'œil droit ou de froncer le sourcil du côté droit.

La dent de sagesse droite supérieure avait une cavité cariée au fond de laquelle la pulpe était à découvert. La malade se plaignait d'odontalgie, de douleurs s'étendant à la mâchoire et à la gorge, avec névralgie et faiblesse du bras droit. Il y avait un peu de surdité de l'oreille droite. Il y avait un petit gonflement à peine distinct à l'intérieur de la bouche, et pas beaucoup plus apparent à l'extérieur; en outre, dans la région parotidienne il existait un empâtement qui s'étendait en arrière jusqu'à l'oreille et en haut à la tempe; cette masse était dure, régulière, avec une infiltration épaisse, quoique peu considérable en volume. J'enlevai la dent de sagesse ; avec elle vint un fragment de l'alvéole. La racine de la dent était couverte de débris de lymphe rouge, mais il n'y avait rien d'extraordinaire ou d'excessif dans son aspect.

La sortie de la dent fut immédiatement suivie d'un soulagement marqué, et la malade avant de partir dit que la douleur, la faiblesse et l'impotence du bras droit avaient entièrement disparu. Elle accusait une agréable sensation de soulagement.

Le 18 janvier, le trouble de la vision avait diminué notablement, et elle pouvait lire presque aussi bien de l'œil droit que de l'œil gauche. La douleur avait cessé. La déviation de la bouche du côté droit n'était pas la moitié de ce qu'elle était quatre jours avant, quand la dent avait été extraite.

Le 23 janvier, la malade présente un changement marqué. Je ne trouve aucune déviation de la bouche : mais l'angle des lèvres

est peut-être un peu plus aigu à gauche qu'à droite. La vue de l'œil droit est complètement rétablie. Tout sentiment de douleur a disparu.

Observation XXXVII

Névralgie intense des paupières et de la face ; altération de couleur de l'iris ; dent cariée.

Mme C..., âgée d'environ trente ans, me fut adressée par le Dr Oldham, le 21 juin 1867 ; elle souffrait d'une névralgie atroce, affectant la paupière gauche et le côté gauche de la tête et de la face. Elle souffrait continuellement depuis dix ans, l'attaque avait débuté pendant la convalescence après des couches et aucun médicament ne lui avait donné de soulagment appréciable. La partie la plus intéressante et la plus singulière de ce cas, c'est que l'iris de l'œil affecté avait complètement changé de couleur sous l'influence des douleurs continues. Ses yeux étaient naturellement d'une couleur noisette foncée et brillante ; l'iris de l'œil droit est resté ce qu'il était, mais le gauche est d'un gris terne, sans trace de sa nuance primitive. Le changement est venu progressivement et maintenant les yeux semblent appartenir à deux personnes de complexion tout à fait différente. Aucune peinture ne pourrait produire un plus étrange et plus frappant contraste.

Quand cette dame vint me trouver elle était dans un état pitoyable, endurant des angoisses comme j'en ai rarement vu, minée et épuisée par les insomnies continuelles qu'occasionnaient les douleurs.

En examinant sa bouche je trouvai à gauche la dent de sagesse inférieure et la première bicuspide supérieure fortement cariées. J'enlevai les deux dents, et l'opération s'accompagna d'un terrible paroxysme de névralgie ; mais quand il fut passé, la patiente exprima la conviction que l'extraction des dents l'avait guérie,

et la suite le prouva. Depuis ce jour jusqu'au 8 octobre, pendant trois mois, elle ne ressentit aucune douleur ; elle avait été à peine trois jours aussi tranquille pendant les dix ans qu'avait duré sa névralgie. Comme elle le disait, c'était une nouvelle vie pour elle.

Le 8 octobre les douleurs reparurent et la malade vint me trouver le 10 dans le même état que la première fois. Je trouvai la seconde bicuspide supérieure cariée et très douloureuse. Après l'avulsion je constatai une exostose considérable à la racine. La douleur disparut avec la dent et la malade m'écrivit quinze jours plus tard qu'elle allait très bien. L'iris de l'œil gauche n'a toutefois pas repris sa couleur naturelle, il est resté d'un gris de plomb. L'œil ne paraît pas avoir subi d'autre trouble de nutrition ; sa vision n'a pas été affectée.

Observation XXXVIII

Amaurose consécutive à un abcès de l'antre produit par une dent cariée. Résumé.

Eliza F..., 24 ans, est prise de frissons ; en peu d'heures l'inflammation gagne l'orbite, la pupille est dilatée et fixe, la vue est abolie, il se fait un abcès de l'antre. On extrait 3 dents ; pendant 8 mois écoulement de pus et de chute d'esquilles. La pupille reprend ses mouvements, la cécité persiste. Rien à l'ophthalmoscope qu'une légère anémie de la papille.

Salter, *loc. cit.*

Observation XXXIX

Amaurose causée par une molaire cariée, par G. Pollock.

Un gentleman, d'environ 35 ans, fut pris d'une inflammation intense et profonde de la région maxillaire supérieure et de l'or-

bite, surtout de cette dernière partie, car tous les tissus de l'œil étaient congestionnés.

Le globe était saillant, la vue complètement perdue, la pupille dilatée et absolument immobile. A l'examen M. Pollock trouva une grande sensibilité à la pression, s'étendant du bord inférieur de l'orbite à la mâchoire du côté affecté, et en examinant avec soin l'état de la bouche, il trouva quelques dents cariées, auxquelles, à défaut d'autre cause appréciable, il attribua l'origine du mal.

Il demanda l'extraction de celles qui pouvaient être incriminées.

L'opération fut pratiquée par M. Vasey, chirurgien-dentiste de l'hôpital Saint-Georges, qui m'informe qu'il a enlevé les racines de la première prémolaire et la première grosse molaire, et que cette dernière présentait aux racines des traces de grande irritation. L'enlèvement des dents fut suivi de l'apaisement immédiat et complet de tous les phénomènes inflammatoires, et au bout de dix jours la chaleur, la rougeur et l'inflammation apparente de l'œil s'étaient évanouies.

L'œil était aveugle. D'abord la pupille resta, comme pendant la période inflammatoire, fixe et dilatée ; mais elle reprit plus tard sa contractilité en coordination avec celle de l'œil sain.

Je tiens de M. Pollock qu'il n'y avait pas d'*abcès* de l'antre, mais qu'il était manifeste qu'une inflammation active avait envahi tous les tissus en connexion avec l'os maxillaire.

L'œil a gardé son apparence extérieure parfaitement naturelle, quoique entièrement aveugle, et la perte de ses fonctions n'a apporté aucun changement de texture, ni dans lui-même, ni par sympathie, dans son congénère. Ce dernier, cependant, fut exposé peu de temps après à de grandes fatigues pendant une campagne sur mer.

Salter, *loc. cit.*

Les deux dernières observations offrent cette particularité qu'après l'extraction des dents cariées la cécité per-

siste, bien que la pupille ait repris sa mobilité ; dans le cas suivant, au contraire, l'extraction est suivie de la guérison immédiate d'une cécité de douze ans, dans laquelle l'état de la pupille n'est pas indiqué.

Observation XL

The American Journal of the medical sciences, avril 1868, page 382-383.

Amaurose de l'œil droit soulagée par l'enlèvement de l'obturation d'une dent cariée du côté correspondant et finalement guérie par l'extraction de la dent. Dr de Witt de Whitehall, Illinois.

M. J. P..., commerçant, âgé de 31 ans, de bonne constitution et de santé toujours excellente, s'aperçut au mois de juin 1856 pour la première fois, en tirant un coup de fusil, qu'il était aveugle de l'œil droit. A ce moment il n'avait aucune douleur dans l'œil, il n'en éprouva pas depuis et il n'y eut jamais de photopsie. La vision était perdue sans qu'il pût en donner une raison quelconque. L'œil resta dans ces conditions pendant près de douze ans ; il pouvait seulement distinguer le jour des ténèbres, mais rien de plus. Le 24 décembre 1867, en causant avec lui, je m'enquis de l'état de son œil et entrepris de découvrir la cause probable de la maladie. Dirigeant mes recherches du côté des dents, j'appris qu'environ deux mois avant l'accident, il avait eu plusieurs dents obturées, et que peu de temps après l'une d'elles avait été extraite à cause des souffrances qu'elle lui occasionnait Les autres dents ne lui avaient jamais causé d'ennui. Au cours de mon examen je trouvai une large cavité dans la première bicuspide de la mâchoire supérieure du côté droit, laquelle avait été adroitement comblée de métal blanc. Il y avait aussi une ouverture fistuleuse sur l'alvéole opposée à la dent, et, sans doute, s'étendant à la racine.

Il me dit qu'il y avait eu longtemps un peu de sensibilité et de douleur en ce point, et que très fréquemment il s'y formait un

abcès qu'il ouvrait avec son canif. Présumant que l'amaurose était due à l'irritation du trijumeau, je conseillai l'extraction immédiate de la dent. M. P..., naturellement très timoré, s'y opposa. J'enlevai alors le plombage de la dent, dans l'espoir de produire une contre-ouverture par laquelle j'espérais fermer la fistule et combattre l'irritation.

C'est ce qui arriva. La fistule se ferma, la douleur de l'alvéole se calma et la vision revint graduellement. Une petite masse de pus sortit de la dent aussitôt que le plombage fut retiré. Environ trois semaines plus tard (le 12 janvier 1868), alors que l'œil était redevenu presque aussi bon que son congénère, la douleur reparut au niveau de la gencive, et la vision du même coup devint trouble.

Le 19 janvier. — J'enlevai la dent, et le trouble disparut immédiatement.

Aujourd'hui 28 janvier 1868, M. P. . y voit aussi bien de l'œil droit que de l'œil gauche, sauf pour les très petits objets. Il n'y avait aucun corps étranger à la racine de la dent, son intérieur était rempli de pus qui ne communiquait plus avec la cavité.

Observation XLI.

Chevalier. *Archives médicales belges*, septembre 1869, page 157-161.

Léopold Hollebeke, âgé de 22 ans, maréchal des logis au 6e régiment d'artillerie, d'un tempérament lymphatique, entre à l'hôpital militaire d'Anvers le 16 mars 1869. Il a été traité à deux reprises différentes, pour fièvre intermittente, et n'a pas eu d'autre affection antérieure. Souffrant depuis quelque temps d'un violent mal de dents, occasionné par la carie de la quatrième molaire du maxiliaire supérieur du côté droit, il se décida le 14 mars à se la faire extraire.

Le docteur X... ne parvint qu'à enlever quelques fragments de la dent. Le malade ressentit une vive douleur dans toute la

joue droite pendant l'extraction, et se rendit immédiatement à la caserne.

Le soir, la joue droite était gonflée et tuméfiée considérablement ; la douleur devint insupportable et tint le patient éveillé pendant toute la nuit. Cette douleur, au dire du malade, était surtout forte dans le fond de l'œil du côté droit ; par moments il voyait des étincelles, des mouches ; par moments il ne distinguait plus aucun objet, de l'œil le mal s'irradiait dans toute la joue du même côté, celle-ci était brûlante et le siège de battements très douloureux.

Le lundi 15, la tuméfaction de la joue avait augmenté et la sensibilité était très grande. Le médecin exempta le malade du service et lui fit appliquer des cataplasmes émollients.

La douleur cependant, loin de diminuer, ne fit qu'augmenter et s'étendre, et H... entra dans nos salles le mardi 16.

A l'examen, nous trouvons la joue très tuméfiée, empâtée, l'impression du doigt y reste, la paupière inférieure est tellement œdématiée qu'elle recouvre presque entièrement le globe oculaire.

Grande sensibilité de tout le côté droit de la face, et principalement le long des trajets nerveux, ainsi à l'échancrure sus-orbitaire (nerf sus-orbitaire), à l'angle interne de l'œil (nerf nasal externe), sur l'os de la pommette et de la tempe (nerf temporo-molaire) ; le malade retire la tête au moindre attouchement. Mais tout ne se borne pas là. Le patient se plaint en même temps d'un mal très violent dans l'oreille droite, mal qui lui est survenu le lundi soir, et qu'il compare à des coups de marteau ; parfois ce sont des bourdonnements, puis des élancements, comme des coups de canif.

L'oreille, examinée avec soin, ne présente rien d'anormal. Quand on appuie le doigt devant le tragus, au niveau de la parotide, on provoque une vive douleur (nerf auriculaire). Nous reconnaissons encore trois ganglions sous-maxillaires du côté droit très engorgés.

A l'inspection de la bouche, nous trouvons toutes les dents

saines, blanches, non couvertes de tartre; la dent avulsée n'a perdu que la couronne, on voit et on sent dans l'épaisseur de la gencive deux points blancs qui en sont les racines. Toute la muqueuse gencivale et buccale de ce côté est gonflée et enflammée, et le siège d'une douleur pulsative. La mastication est impossible. La réaction générale n'est pas trop forte, pouls à 80. Appétit conservé, soif assez vive.

Traitement. — Extraction des racines de la dent. Lotions de laudanum sur toute la joue et application d'ouate sur le côté droit de la face et du cou.

Au moment de l'extraction des racines, il y eut un écoulement de pus qui se fit jour à travers la gencive.

Le lendemain, la douleur avait diminué, mais la tuméfaction de la joue était la même ; du pus sortait encore de temps en temps, surtout quand le malade appuyait de la main sur l'os de la pommette, et suçait avec la langue le liquide contenu dans l'alvéole de la dent arrachée. Le stylet introduit ne fit rien reconnaître du côté de l'os maxillaire. Les douleurs de l'oreille étaient également moindres que les jours précédents. Mais un nouveau symptôme s'était manifesté : une hypersécrétion de la muqueuse nasale du côté droit, et la matière sécrétée avait une odeur tellement repoussante que le malade était dégoûté de lui-même (ce sont ses propres paroles). La narine, du reste, était libre, mais la muqueuse rouge et enflammée. L'éternuement, la mastication excitent une grande douleur vers l'angle interne de l'œil.

Le jeudi 18 et les jours suivants, le même traitement fut continué ; les symptômes diminuèrent peu à peu ; ce ne fut qu'après quinze jours de traitement que le malade put sortir entièrement guéri.

Les troubles oculaires consécutifs aux altérations dentaires et aux opérations pratiquées sur ces organes ont fait le sujet d'un mémoire de Delestre, lu à l'Académie de

médecine le 17 février 1869. Nous trouvons dans le travail de cet auteur sur les *Accidents causés par l'extraction des dents* (1870, p. 87) l'observation suivante :

Observation XLII

Phlegmon de l'orbite consécutif à l'extraction de la deuxième grosse molaire supérieure. Perte de la vision.
(Delestre. *Des accidents cau és par l'extraction des dents*. Paris, 1870, p. 87).

Catherine D..., 22 ans, domestique, se fit, le 24 février 1868, arracher la deuxième grosse molaire supérieure gauche. L'opération ne paraît pas avoir présenté de difficulté ni occasionné de délabrement. Le soir elle eut très froid en attendant quelqu'un sous une porte cochère.

Le lendemain elle se plaignit de frissons, de lassitnde, de courbature générale ; la joue gauche se tuméfia, toute la moitié gauche de la tête devint le siège de violentes douleurs.

Le 27 février au soir, le Dr Fournier mandé auprès d'elle la trouva dans l'état suivant :

La malade est couchée dans le décubitus dorsal ; elle est dans un état d'abattement et de prostration analogue à celui d'une fièvre grave. La moitié gauche de la face est le siège d'une déformation considérable, la joue est fortement tuméfiée, il y a une exophthalmie énorme, l'œil, chassé hors de l'orbite, n'est susceptible d'aucun mouvement, il ne peut être recouvert par les paupières, ce qui donne à la malade un aspect étrange. La conjonctive est tuméfiée, un chémosis séreux considérable enclave la cornée. La vision est complètement abolie de ce côté. La malade ne peut ouvrir la bouche ; j'arrive cependant avec grande peine à introduire le doigt et je sens une tumeur volumineuse qui occupe toute la moitié gauche du palais. Une bougie étant approchée de

l'ouverture buccale, j'aperçois très distinctement cette tumeur; la moitié droite du palais est tuméfiée, elle aussi, mais le volume de la tumeur de gauche, la douleur, la difficulté d'écartement des mâchoires, ne permettent pas de l'atteindre avec le doigt. La bouche exhale une odeur fétide, la voix est nasonnée, difficilement intelligible. La fièvre est intense.

Le 28 février, la malade entre à l'hôpital de Lariboisière. M. le professeur Verneuil pratique à l'intérieur de la bouche et dans la région sous-maxillaire plusieurs larges incisions.

11 mars.— L'état de la malade s'est amélioré mais le volume de la face est encore énorme. Le milieu de la voûte palatine est occupé par une saillie ovoïde formée par le boursouflement de la muqueuse. La bouche est remplie de pus. La tuméfaction des paupières est considérable, la malade ne peut les écarter; on a dû faire une incision à la paupière supérieure.

La suppuration continue à être extrêmement abondante pendant plusieurs semaines, elle était mélangée de lambeaux de tissu cellulaire sphacélé.

Dès que les paupières purent être écartées on constata que la vision du côté gauche était abolie. La perte de la vision ayant été la conséquence du phlegmon, on pouvait espérer que l'œil qui avait été chassé de son orbite recouvrerait la faculté visuelle une fois rentré dans cette cavité. Il n'en fut rien. Les symptômes s'amendèrent, l'œil reprit peu à peu sa place, la suppuration se tarit, mais la vision ne se rétablit pas.

23 juillet. — Je revois la malade. La joue gauche est un peu empâtée, mais sans changement de couleur à la peau. Il n'y a rien du côté de la bouche. L'angle externe de l'œil gauche est un peu saillant, la dépression qui existe à ce niveau est effacée rappelant l'aspect d'une tumeur lacrymale. L'œil est un peu plus saillant que du côté droit, il a conservé toute sa mobilité, mais la vision est complètement abolie, la malade ne peut de cet œil, distinguer la lumière de l'obscurité; la pupille reste contractile et n'est pas déformée. M. Liebreich, qui a examiné la malade, n'a trouvé

aucune altération des milieux de l'œil ; il attribue l'amaurose à la compression du nerf optique.

Il est sorti par le nez un séquestre qui paraît être un des cornets du nez nécrosé.

Dans un article sur l'étiologie des ophthalmies scrofuleuses, le Dr Tavignot (1), qui déjà en 1849 considérait l'ophtalmie sympathique comme une névralgie ciliaire par répercussion, déclarait la nature de ces ophthalmies scrofuleuses, non pas phlegmasique, mais névralgique, et les regardait comme liées à l'évolution dentaire. Ses idées ne tardèrent pas à faire école.

Observation XLIII

Op .'halmie chronique guérie par suite de l'avulsion d'une dent.

Charrière, du 98e de ligne, en garnison à Romans, est entré à l'hôpital de cette ville, le 3 juillet dernier, pour une inflammation de l'œil gauche dont voici l'histoire.

Cette maladie s'est déclarée en février dernier, alors que Charrière était prisonnier en Prusse. Il se présenta plusieurs fois à la visite du médecin chargé du service des prisonniers, en suivit le onseil sans succès. Le 20 avril, il entra à l'hôpital de Krékon, d'où il sortit le 25 juin pour rentrer en France, sans avoir obtenu pendant ces deux longs mois de séjour dans un hôpital la plus légère amélioration. Il venait d'arriver à Romans quand, le 3 juillet, il fut reçu à l'hospice.

Les muqueuses oculaire et palpébrale sont également rouges.

1. Tavignot : *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1871, p. 510, et *Gazette des hôpitaux*, 1849. *De l'iritis.*

Des vaisseaux capillaires sanguins rayonnent, pressés autour de la cornée; douleurs continues, exacerbantes par intervalles, et surtout la nuit; photophobie intense, tête lourde et douloureuse, langue saburrale, appétit peu prononcé, pouls plein, peu fréquent.

Traitement. — 10 sangsues à l'angle de la mâchoire gauche, collyre au sulfate de zinc, tisane délayante, demi-quart.

4. — Soulagement marqué. Amélioration de tous les symptômes. Même traitement, moins les sangsues.

5 et 6. — L'amélioration continue. Me voilà fier de mon traitement, et, dans ma pensée, comparant la médecine française à la médecine prussienne, je plaçai la première bien au dessus de la seconde.

7. — Tisane et collyre comme précédemment. Un vésicatoire à la nuque. J'espérais obtenir, à l'aide de ce révulsif, une nouvelle diminution de l'ophthalmie, puis terminer la cure par une purgation.

8. — État stationnaire, même traitement.

9. — Cette dernière nuit les douleurs ont eu la violence des plus mauvais jours.

Me rappelant alors l'article du Dr Tavignot sur l'action pathogénique par réflexion de l'évolution dentaire dans l'ophthalmie chez les jeunes sujets : auriez-vous une dent gâtée? demandé-je à Charrière. Sa réponse fut affirmative ; j'en constatai la vérité, et séance tenante, je lui fis l'extraction de la première grosse molaire gauche, à la mâchoire supérieure.

Depuis cette opération, diminution progressive de la rougeur de l'œil, de la photophobie et des douleurs dont les exacerbations ne reparaissent plus. Le 15 juillet j'ai surpris Charrière lisant un journal et j'ai appris plus tard que, malgré ma défense, il avait continué de lire chaque jour.

Enfin le 21 juillet, le malade demande à sortir de l'hospice. L'œil a encore une teinte rosée, mais plus aucune souffrance.

L'honneur de cette petite cure revient tout entière au Dr Tavignot, dont la découverte peut être utilisée et fécondée.

Dr Blanc. *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1er août 1871.

Observation XLIV

Un malade était atteint d'amblyopie, il pouvait lire seulement le n° 16 de Jaeger. L'examen à l'ophthalmoscope révéla un épanchement sous-rétinien. Il guérit en très peu de temps, après avoir subi l'extraction de la première et de la seconde molaire gauche de la mâchoire supérieure.

Gill, *Saint Louis médical journal*, 1872, resumé.

Les idées de Teirlinck et de Tavignot sur l'importance du rôle des affections des dents et de l'évolution dentaire dans l'étiologie des maladies des yeux ont trouvé un partisan très déclaré en M. Galezowski qui, depuis 1873, dans le *Recueil d'ophthalmologie*, a publié ou fait publier par ses élèves (Metras, Mengin, Despagnet...) un grand nombre d'observations de ce qu'il propose d'appeler affections oculo-dentaires.

Observation XLV

Iritis ayant causé une névralgie des nerfs dentaires, pour laquelle deux dents furent arrachées.

Dr Galezowski : *Journal d'ophthalmologie*, 1872, p. 6.8.

M. R. ., âgé de 39 ans, fort à la halle, vint me consulter, le 26 mars 1866, pour son œil gauche dont il souffrait beaucoup depuis quelque temps. En l'examinant avec soin, j'ai pu constater qu'il s'agissait d'une iritis rhumatismale assez intense. Le

malade raconte que déjà, depuis une quinzaine de jours, son œil était rouge et larmoyant. Pendant les premiers huit jours, il n'était point endolori, mais ce qui le faisait souffrir d'une manière considérable, c'était des névralgies dentaires terribles du côté de l'œil malade. Rien ne pouvait apaiser ses souffrances : c'est alors qu'il s'était adressé à un dentiste du quartier, qui lui arracha, séance tenante, une dent sans qu'il en éprouvât du soulagement Le lendemain, le dentiste croyant s'être trompé la première fois, lui arracha une seconde dent molaire, mais toujours en vain. A partir de cette seconde opération, une névralgie péri-orbitaire s'ajouta à la douleur dentaire, la rougeur de l'œil augmenta, et l'œil devint larmoyant. C'est alors que le malade vint me consulter.

Il était évident pour moi que la névralgie dentaire dont le malade souffrait encore n'était qu'un symptôme de l'iritis, et que le dentiste avait arraché deux dents complètement saines. J'ai fait appliquer six sangsues à la tempe, j'ai fait instiller six gouttes de collyre d'atropine par jour, et j'ai administré le sulfate de quinine à haute dose. Au bout de quinze jours de ce traitement le malade était guéri. Cinq mois après, le malade revint me consulter pour une seconde attaque d'iritis sur le même œil, et qui était, de même que la première, accompagnée de névralgies dentaires. Le même traitement que dans la première crise sans arrachement bien entendu, des dents, fut suivi d'une prompte guérison.

Observation XLVI

Nous avons eu l'occasion de soigner cette année avec M. le Dr Barthez, un enfant G..., âgé de 18 mois, atteint d'un abcès de la cornée, qui a récidivé plus de trois fois, à chaque nouveau travail de dentition ; l'incision de la gencive, faite par M. Barthez a fait cesser l'irritation oculaire et a amené très rapidement la guérison définitive de l'abcès cornéen.

Dr Galezowski, *Journal d'ophthalmologie*, 1872.

Observation XLVII

A. Métras, th. Paris, 1873.

Le nommé Charles Olsen, âgé de 3 ans, est présenté pour la troisième fois à la clinique de M. Galezowski ; il est d'un tempérament lymphatique, mais sans trace de scrofules.

Au mois de janvier 1872, l'enfant a eu une kérato-conjonctivite phlycténulaire qui a duré trois mois ; lorsque le mal s'améliorait, une recrudescence inflammatoire réapparaissait et de nouvelles phlyctènes se formaient.

Au mois d'août, il eut une récidive de la même affection : même marche, même ténacité que la première fois.

Aujourd'hui, 4 janvier 1873, l'enfant, malade depuis deux jours, présente les symptômes suivants : les yeux sont fermés, la photophobie est telle que l'on a peine à constater l'état de l'œil ; la conjonctive des deux yeux est fortement injectée ; au pourtour de la cornée se trouve une phlyctène de chaque côté, avec vascularisation plus vive au voisinage. Le traitement ordinaire est institué : collyre à l'atropine, purgatif, médication antiscorbutique.

6 janvier. — L'enfant est dans le même état ; la photophobie toujours aussi intense. M. Galezowski, frappé de la tendance de cette affection aux récidives, de sa ténacité dans les deux premières atteintes, pense que la dentition pouvait avoir une influence sur le développement et la durée de la kérato-conjonctivite ; la mère, interrogée, raconte que l'enfant souffre des dents, et qu'il y porte souvent les mains. Les gencives sont examinées. Un point douloureux et dur à la pression indique que la deuxième grosse molaire supérieure est sur le point de faire éruption du côté droit. La gencive, dans ce point, est incisée, et alors on sent sous la palpe du doigt la dent naissante. Le traitement est continué.

Le 8. — Amélioration très grande ; la photophobie est diminuée au point que l'enfant ouvre de lui-même les yeux ; les phlyctè-

nes affaissées n'ont laissé qu'une légère tache, sans ulcération ; l'injection périkératique est légère. Même traitement.

Le 10. — L'enfant se présente les yeux largement ouverts ; plus de traces des phlyctènes, la tache s'est résorbée, la vascularisation est à peine apparente. La maladie est à peu près terminée.

Nous revoyons l'enfant huit jours après : il est tout à fait guéri. Nous pensons que l'incision de la gencive, en faisant cesser l'irritation des nerfs dentaires, a exercé une heureuse influence sur la marche de cette maladie, dont la guérison a été très rapide, si l'on tient compte de la durée et des rechutes continuelles observées dans les deux atteintes précédentes.

Observation XLVIII

Blépharospasme guéri par la cessation de l'usage d'un dentier. A. Metras, thèse Paris, 1873, p. 41.

Mme B... se présente à la clinique de M. Galezowski pour un spasme de l'orbiculaire de l'œil droit : les paupières sont fortement agitées de mouvements brusques qui cessent un instant, pour disparaître ensuite, la malade éprouve une grande gêne pour la vision, qui devient impossible au moment des spasmes, ils sont d'assez longue durée pour l'empêcher par moments de se conduire. M. Galezowski recherche dans tout l'appareil visuel et son voisinage la raison de ce trouble fonctionnel, ne trouvant rien qui l'explique, il explore l'état des dents : la malade porte un dentier, il lui est ordonné de le quitter pour quelques jours.

Le lendemain le blépharospasme a disparu, se croyant guérie, la malade pense qu'il n'y a aucun inconvénient à replacer le dentier. Alors le spasme réapparaît et la malade revient à la consultation. Cette fois il fut facile d'obtenir une nouvelle guérison : l'usage du dentier fut proscrit, et l'affection cessa pour ne plus se reproduire.

Observation XLIX

Asthénopie nerveuse guérie en quelques jours par l'extraction de plusieurs dents cariées.
A. Metras, thèse Paris, 1873, p. 36.

M. B..., lieutenant au 65e de ligne, a eu au mois de septembre 1870 une ophthalmie gauche due à l'humidité du campement autour de Metz. Cette ophthalmie a déterminé dans les membranes internes de l'œil des lésions telles qu'une iridectomie a dû être pratiquée ; cette iridectomie n'ayant nullement arrêté les symptômes inflammatoires, l'on a dû recourir à l'énucléation de l'œil, après laquelle un œil artificiel a été appliqué.

Au mois de septembre 1871, M. B... ressentit dans l'œil droit des douleurs s'étendant à tout le pourtour de l'orbite, s'exaspérant lorsqu'il essayait de fixer les objets ou qu'il se trouvait exposé à une lumière un peu vive. Tout travail lui était devenu à peu près impossible. Craignant de perdre l'œil qui lui restait, il alla, fort inquiet, consulter le médecin de son régiment, qui a bien voulu nous communiquer ces détails, et qui l'adressa à M. Galezowski.

Le premier soin fut d'examiner attentivement le moignon, mais il ne présentait rien qui justifiât les craintes d'une affection sympathique. L'œil, soumis à l'ophtha'moscope, n'offrait aucune lésion ; l'appareil accommodateur était normal, les voies lacrymales libres ; l'acuité visuelle n'avait rien perdu de sa force. Ayant interrogé vainement toutes les causes qui donnent lieu le plus souvent à de semblables accidents, M. Galezowski dirigea ses recherches du côté de la bouche, et trouva les deux premières molaires, du côté correspondant, profondément cariées ; bien que le malade ne s'en plaignît pas, l'extraction en fut ordonnée et exécutée le jour même. La vraie cause du mal avait été trouvée, car dès le lendemain, le malade s'aperçut que les douleurs avaient

disparu, que les yeux n'étaient plus larmoyants à la lumière, qu'en un mot la maladie avait été enlevée, selon lui, comme par enchantement.

Observation L

Asthénopie nerveuse datant de deux ans et guérie par l'extraction de deux molaires cariées.
A. Metras, thèse Paris, 1873, p. 36.

Mme N..., âgée de 42 ans, se présente à la consultation de M. Galezowski, se plaignant de ce que depuis deux ans elle ne peut lire, s'appliquer à un ouvrage quelconque exigeant un peu d'attention sans éprouver après un instant très court, une tension douloureuse au pourtour de l'orbite, plus marquée au niveau de la sortie du nerf sus-orbitaire, une céphalalgie quelquefois violente, des picotements, du larmoiement dans les deux yeux, en un mot la nécessité de cesser tout travail. Elle a la vue basse, et présente un strabisme convergent de l'œil droit qu'elle porte depuis sa naissance. Elle a consulté déjà plusieurs ophthalmologistes, un entre autres, qui attribuant cet état à une rétraction du muscle droit interne, crut l'opération de la ténotomie nécessaire et la proposa à la malade. Celle-ci la refusa. Elle s'est depuis soumise à toutes sortes de traitements sans obtenir aucun soulagement. En l'examinant avec soin, on peut se convaincre que ni l'un ni l'autre œil ne présente de lésion qui rende compte des symptômes accusés par la malade : rien d'anormal, ni dans l'accommodation, ni dans les voies lacrymales. Alors, ne trouvant aucune des causes qui produisent ordinairement l'asthénopie, M. Galezowski s'enquiert de l'état des dents. La malade raconte qu'au début de la maladie elle a souffert de violents maux de dents ; une dent ayant été plombée, la douleur fut telle qu'on fu obligé de la déplomber. Depuis deux ans l'odontalgie a disparu, mais à partir de ce moment la vue s'est troublée. On reconnaît la

carie de deux molaires supérieures du côté droit, soupçonnant que c'est là la cause du mal. M. Galezowski conseille l'extraction de deux dents malades.

L'opération fut exécutée, et à partir de ce jour une amélioration sensible se fit dans la vue : la fatigue des yeux par la lumière, la lecture, se dissipa si promptement qu'au bout de quinze jours la malade s'en retournait complètement guérie.

Observation LI

Hay a rencontré aussi un exemple de photophobie et de douleur intra-oculaire, avec de violents élancements de la face, que l'on provoquait en percutant ou en touchant une dent incisive. La dent enlevée, ces symptômes s'évanouirent ; un abcès se trouvait à la racine.

Wedl, *Pathologie der Zahne*, p. 355.

Observation LII

Tomes (Trad. Darin), 1873, p. 537.

Fox rapporte un cas de névralgie atroce, dans lequel le malade ne pourrait prendre que des liquides, parce que au moindre contact les dents provoquaient un paroxysme. Il y avait salivation abondante et chute de la paupière. La blépharoptose disparut deux jours après l'avulsion d'une molaire supérieure cariée, mais les autres symptômes ne cédèrent qu'à l'extraction de toutes les dents restantes. Les racines étaient affectées d'exostose.

Observation LIII

Tomes, trad. fr., p. 540.

Le Dr Emmeuch (*Dublin medical Free Press*) souffrait depuis quatorze ans de congestion et de larmoiement de l'un des yeux,

accompagnés de photophobie; les symptômes s'aggravaient sous l'influence d'un mauvais régime; après l'extraction d'une dent cariée, amendement et bientôt disparition de ces désordres.

Un bel exemple de troubles réflexes consécutifs à l'évolution vicieuse des dents de sagesse a été donné par M. le professeur Duplay.

Observation LIV

Evolution vicieuse des deux dents de sagesse. Resserrement des machoires. Phénomène réflexes. Guérison, extraits.
Duplay. *Arch. gén. de méd.*, 1873, tome II, p. 217.

Le nommé Billet, tailleur de pierres, âgé de 26 ans, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, le 10 février 1873, pour se faire traiter d'une constriction permanente des mâchoires.

Le diagnostic fut ainsi formulé : resserrement des mâchoires par contracture réflexe des muscles masticateurs, sous l'influence de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse supérieure.

Le traitement fut commence le 14 févier; afin de compléter l'examen et de permettre l'ablation de la dent, on introduisit chaque jour, entre les arcades dentaires, un dilatateur mécanique à l'aide duquel on put obtenir un écartement graduel de 25 millimètres. L'examen du fond de la bouche était encore très difficile, le sang qui s'écoulait de l'ulcération ne permettait pas de voir nettement les parties. De plus la dilatation s'accompagnait chaque fois de vives douleurs dans la joue, dans la tempe. A ces phénomènes douloureux s'ajoutèrent bientôt des troubles extrêmement marqués du côté de la vue et de l'ouïe.

Le malade ressentait une douleur atroce dans l'œil gauche, la vue s'obscurcissait complétement ; au milieu de ces ténèbres, le malade accusait l'apparition, à de courts intervalles de brillants éclairs. L'œil droit était le siège des mêmes sensations, mais à

un degré moindre. Du côté de l'ouïe il éprouvait une vive douleur et des bourdonnements intenses. Ces phénomènes disparaissent presque aussitôt qu'on cesse la dilatation.

Le 24. — La dilatation ayant été portée à 30 millimètres, on peut faire un examen plus approfondi. On constate la direction vicieuse de la dent de sagesse supérieure gauche qui s'enfonce dans la joue, produisant à ce niveau une ulcération, et on s'assure que cette ulcération est bien la cause des troubles nerveux dont nous avons parlé, car il suffit de toucher la surface de cette petite plaie pour que le malade serre brusquement la mâchoire en accusant de vives douleurs dans tout le côté correspondant de la tête, et en se plaignant de voir apparaître aussitôt tous les troubles sensoriels déjà signalés ; douleurs oculaires, éblouissements, otalgie, bourdonnements.

Le 27. — On pratique l'examen ophthalmoscopique et otoscopique, afin de rechercher si ces troubles sensoriels correspondent à quelque lésion appréciable. Le malade est d'abord examiné à l'ophthalmoscope, et l'on constate que le fond de l'œil est parfaitement normal. Après ce premier examen, les mâchoires sont aussi largement écartées que possible, l'ulcération est irritée à l'aide d'un stylet ; aussitôt les troubles réflexes énumérés plus haut apparaissent avec une grande intensité. Séance tenante, l'examen ophthalmoscopique est repris, et l'état du fond de l'œil est identiquement le même que lors de la première exploration. Ces essais renouvelés différentes fois ont toujours donné le même résultat négatif.

3 mars. — La dent de sagesse supérieure gauche est extraite sans de trop grandes difficultés à l'aide de la clef de Garengeot.

Le 17. — La dilatation est plus grande. L'ulcération en rapport avec la dent de sagesse supérieure est complètement cicatrisée, mais on découvre une nouvelle ulcération située au niveau de la dent de sagesse inférieure qui, à peine sortie, et jusque-là cachée par le gonflement, se déjette en dehors et s'enfonce dans la joue.

Le 19. — On fait une tentative infructueuse pour enlever cette

dent. Il survient une stomatite qui empêche de pratiquer un nouvel essai.

Le 31. — La dent de sagesse inférieure gauche est enlevée au moyen de la langue de carpe.

5 avril. — L'avulsion a été suivie d'une nouvelle stomatite. Le malade accuse de vives douleurs dans toute la tête ; il a une insomnie persistante ; mais il n'existe aucun trouble réflexe du côté de la vue ou de l'ouïe (Extrait thébaïque).

7 mai. — Le malade sort guéri ; la dilatation se maintient, et l'écartement des mâchoires n'est aucunement douloureux.

Depuis, cet homme est entré dans le service, et la guérison ne s'est pas démentie.

Observation LV

Amaurose sympathique de lésions dentaires guérie par l'extraction d'une molaire.

Dr Lardier (de Rambervillers).

Recueil d'ophthalmologie, 1875, page 86.

Le 19 novembre 1874, un petit garçon âgé de 8 ans, se nommant Arthur Jeaudel, me fut amené par sa mère. Cet enfant souffrait depuis longtemps de l'œil droit. En cherchant les antécédents, j'appris qu'il fut atteint, il y a plus de deux ans, d'une conjonctivite double. Cette affection, soignée par un curé de campagne, dura à peu près un an, fut à n'en pas douter, plus intense à droite qu'à gauche et s'accompagna de kératite, car je trouvai sur la cornée une taie blanchâtre qui n'existait pas avant la maladie. Cette taie, au reste, n'empêcha pas l'enfant de voir après la guérison, qui se maintint pendant assez longtemps il y a cinq mois environ, l'inflammation des conjonctives reparut et céda au bout de quelques semaines aux remèdes appropriés. Durant ce temps l'enfant portait un bandeau. Un jour on l'enleva, et on remarqua que l'œil droit n'était plus sensible à la

lumière. Il y avait amaurose, amaurose dont aucun symptôme n'avait fait jusqu'alors supposer la présence.

Ces faits recueillis, je passe à l'examen de l'œil ; j'y trouve les signes d'une conjonctivite palpébrale chronique de peu d'intensité, un peu de rougeur, quelques granulations ; sur la cornée je remarque la taie blanchâtre que j'ai signalée, et qui, la mère m'en donne l'assurance, n'a pas augmenté d'étendue depuis son apparition. Un peu de clignement de l'œil, larmoiement léger, insensibilité de l'œil à la lumière. L'enfant n'a réellement de l'œil droit aucune perception des objets. Le père, le matin même encore, en avait acquis la conviction en montrant à son fils son mouchoir que celui-ci ne put distinguer.

Différentes manœuvres m'en donnent à mon tour la certitude. Immédiatement je pensai que cette amaurose n'était pas sous la dépendance de la conjonctivite, car celle-ci avait été trop peu grave pour produire un désordre pareil, enfin qu'il y avait là deux affections dont l'une s'était développée pendant la marche de l'autre. Je cherchais vainement quelle pouvait être la cause de cette cécité chez un enfant de 8 ans, quand je me rappelai quelques faits où les désordres oculaires étaient liés à des lésions dentaires, faits parmi lesquels je pourrais ranger le cas présent. J'examinai les dents de l'enfant et je découvris une carie assez avancée de la première petite molaire supérieure droite.

Je proposai à la mère d'en faire l'extraction ; elle y consentit volontiers et malgré les récriminations de l'enfant qui n'admettait pas qu'on lui arrachât une dent de laquelle il ne souffrait pas, j'en eus raison. L'extraction faite, l'enfant put *aussitôt* après reconnaître ma main et compter, sans se tromper, mes doigts dont je variais plusieurs fois le nombre.

Depuis, j'ai revu mon petit malade ; la guérison s'est maintenue. Sauf la taie blanchâtre, il ne reste pour ainsi dire pas trace de l'affection première.

Observation LVI

Abcès du sinus maxillaire. Troubles oculaires et phlegmon de l'orbite. Guérison par M. le Dr Le Fort.
Recueilli par Bide, interne des hôpitaux. *France médicale.* 1876, nº 44, p. 357.

Joseph S..., 52 ans, écuyer, entre le 16 mars 1876, à l'hôpital Beaujon, deuxième pavillon, nº 26, service de M. le professeur Le Fort. Deux jours avant son entrée, le malade fut pris brusquement d'une violente douleur névralgique dans la joue gauche. Cette douleur, qu'il attribue à un coup d'air, avait pour point de départ les deux premières molaires supérieures du côté gauche. Le même jour il éprouva des douleurs dans le fond de l'œil et remarqua que le globe oculaire gauche devenait rouge.

Le 16 mars, lors de son entrée, l'attention est tout d'abord attirée sur le globe oculaire. Les paupières entr'ouvertes sont œdémateuses, violacées, et laissent voir une conjonctive légèrement injectée mais extrêmement œdématiée. En effet, tout autour de la cornée, et principalement en dehors, existe un bourrelet analogue à de la gelée de pomme, de couleur ambrée.

La cornée n'est point dépolie, la pupille un peu dilatée est immobile. Mais le globe de l'œil est en totalité repoussé en avant, en sorte qu'il paraît beaucoup plus volumineux que du côté opposé. Il existe donc une exophtalmie considérable. Depuis, le malade craint la lumière et porte continuellement la main devant son œil.

Il accuse également des douleurs dans le fond de l'orbite, des douleurs périobitaires et dans la région zygomato-maxillaire.

Traitement. — On applique immédiatement 5 sangsues sur la tempe gauche.

Le 17. — Mêmes symptômes, 10 sangsues le matin et 6 le soir. L'amélioration est peu sensible pendant deux jours, on craint la suppuration du tissu cellulaire post-oculaire. Pourtant le mal n'empire pas.

Le 20. — On prescrit de nouveau 8 sangsues. Les douleurs se calment légèrement, et le 22, en se mouchant, le malade rend un peu de pus épais et fétide qu'il montre à la visite.

On pense alors à un abcès du sinus maxillaire, et comme la première grosse molaire du côté gauche, point de départ des douleurs du début, est cariée dans ses deux tiers antéro-supérieur, on en a fait l'extraction.

A partir de l'extraction de cette dent, les névralgies et les symptômes inflammatoires du côté de l'orbite vont en décroissant.

L'œdème conjonctival disparaît, l'œil rentre peu à peu dans la cavité orbitaire.

Le malade continue à moucher du pus pendant quelques jours ; aussi songe-t-on à lui faire la trépanation du sinus par l'alvéole de la première molaire.

Il s'y refuse, ce qui ne l'empêche pas de sortir complètement guéri, sans reste d'exophthalmie, le 6 avril. Le malade ne mouchait plus de pus et avait conservé son acuité visuelle.

Observation LVII

Blépharospasme de l'œil droit, coryza et otalgie consécutifs à une périostite des racines de la première grosse molaire supérieure droite. Extraction. Guérison. Dr V. Pietkiewicz, thèse 1876 p. 171.

P. A..., étudiant en médecine, externe à la Charité. Depuis plusieurs années, la première grosse molaire supérieure droite était cariée. A la suite d'une tentative d'extraction, il y a trois ans, la couronne avait été brisée. Il ne restait plus que les racines. Sous l'influence du froid humide il ressentit quelques douleurs, et en même temps il se formait de petits abcès du côté de la voûte palatine ; il existait aussi un petit trajet fistuleux ouvert à la gencive au niveau de la dent malade. Depuis cinq jours, il

ressentait de vives douleurs qui s'irradiaient en divers points. Les paupières de l'œil droit, surtout l'inférieure, étaient le siège d'élancements; elles étaient lourdes, et le malade éprouvait un certain soulagement en les fermant ; un spasme continuel les agitait et fatiguait le malade. La vue était affaiblie et une lecture prolongée était impossible. La pression sur le tubercule de l'arcade zygomatique occasionnait de la douleur. Enfin, la conque auditive (toujours du côté droit) était également douloureuse. Les souffrances n'avaient pas le même degré d'acuité pendant toute la journée. La mastication les excitait, et leur maximum avait la durée de deux heures. Chaque jour elles revenaient entre dix et onze heures du matin. En même temps que la douleur de dent, le malade avait un coryza. La couronne ayant été brisée au niveau des gencives, je retire successivement les trois racines avec une pince à racine.

La racine interne présente une vraie injection du périoste dans toute son étendue et est surmontée à son extrémité par une végétation du périoste du volume d'une grosse tête d'épingle ; la racine antérieure et externe, rugueuse, en partie résorbée à son extrémité, est dénudée de son périoste sur une étendue de deux millimètres environ. La racine postérieure et externe ne paraît pas atteinte. Après l'extraction des racines, les douleurs persistent encore trois jours avec la même intensité, puis elles disparaissent insensiblement d'une façon complète, ainsi que le blépharospasme et le coryza. Sans se fatiguer, le malade peut lire toute la soirée à la lumière artificielle.

Les ophthalmologistes n'attachent pas tous la même importance aux relations qui paraissent exister entre les affections oculaires et celle des dents, et M. Terrier pense que les répercussions sur l'œil ne se manifestent que dans certains cas et chez certains sujets *prédisposés*, comme la malade dont il donne l'histoire.

Observation LVIII

Contractures des muscles de l'œil et de l'orbiculaire gauche. Guérison par l'ablation des dents cariées, par le Dr Terrier. *Journal de méd. et de chirurgie pratiques*. Décembre 1875, p. 549.

Mlle X..., 21 ans, fille de service, est née à Paris, d'une mère sujette à des attaques nerveuses, probablement de nature hystérique ou hystéro-épileptique. Son père est mort jeune, et la malade ne peut indiquer de quelle manière.

Nous avons affaire à un sujet strumeux et hystéro-épileptique prédisposé par conséquent aux phénomènes nerveux d'origine réflexe. Notons toutefois que la malade n'a jamais eu de contracture hystérique.

Au mois de février 1875, deux ou trois heures après une crise violente, elle fut prise de douleurs très vives, siégeant dans tout le côté gauche de la face, et quelques heures après, son œil gauche, c'est-à-dire l'œil sain, commença à se dévier involontairement en haut et en dehors.

Le lendemain la cornée n'était plus visible que dans son quart inférieur: tout le reste de cette membrane était caché derrière la paupière supérieure ; de plus on constatait l'existence d'un blépharospasme assez intense et limité au côté gauche.

Le Dr Luys la traita par les injections morphinées, le sulfate de quinine et le bromure de potassium à haute dose. Toutefois les douleurs revenaient par accès, surtout la nuit, et la contracture restait stationnaire.

La jeune X... resta trois mois dans cet état; peu à peu cependant les douleurs diminuèrent et devinrent plus supportables. On la fit alors passer dans le service de la chirurgie, et mon excellent ami et collègue Périer lui fit administrer du chloral à haute dose sans obtenir de résultat bien marqué.

En juin dernier, j'examinai cette malade et je constatai l'exis-

tence d'une contracture des muscles de l'œil, celui-ci étant dévié en haut et en dehors. La pupille était complètement cachée par la paupière supérieure ; il y avait de la photophobie et du blépharospasme. La conjonctive oculaire et palpébrale présentait une injection très marquée ; la cornée était saine, la pupille moyennement dilatée et peu mobile.

En raison de la déviation oculaire, la contracture paraissait dépendre surtout des droits supérieur et externe et de l'oblique inférieur.

En examinant la bouche de la malade, je constatai la présence de dents cariées siégeant aux deux mâchoires, dents qui avaient été douloureuses, mais qui, en ce moment, ne faisaient nullement souffrir la malade. Je pensai donc qu'il s'agissait d'une contracture réflexe, produite par les dents malades, contracture d'autant plus facile que le sujet était en quelque sorte prédisposé aux manifestations réflexes. Il fut donc décidé qu'on ferait l'ablation des dents malades, et qu'on chercherait à diminuer l'excitabilité des centres nerveux en revenant au bromure de potassium administré à haute dose : on alla progressivement jusqu'à 14 grammes par jour.

Le 6 juin. — On enleva l'incision latérale droite de la mâchoire supérieure. Le *jour même*, la malade put ouvrir et abaisser un peu son œil, et la papille devint visible.

Le 7. — On enleva la première et la deuxième petite molaire droites de la mâchoire inférieure. La papille s'abaisse un peu plus, et la malade voit le jour.

Le 8. — Ablation de la deuxième grosse molaire supérieure gauche.

E. V... distingue un peu les objets extérieurs, son œil est plus mobile et plus facilement ouvert.

Enfin, le 9, on enlève la dernière dent malade (deuxième petite molaire gauche inférieure), et deux jours après cette ablation la contracture avait complètement disparu.

Le 14 juin. — L'œil est parfaitement mobile, non injecté, et la vision est parfaite. Cet état persiste jusqu'à ce jour. L'examen

ophthalmoscopique, fait ultérieurement, permet de constater un état physiologique parfait du fond de l'œil, un peu d'hypéresthésie rétinienne, et des signes manifestes d'astigmatisme (pupille ovale, irrégulière et allongée suivant un grand axe oblique en bas et en dehors) ; cet astigmatisme tient très probablement aux lésions de la cornée qui datent de l'enfance.

La répercussion d'une lésion oculaire sur les dents est bien nette dans le cas suivant :

Observation LIX

Une balle de revolver dans l'orbite du côté droit (extraits). Ducellier. *Rev. d'opht.*, 1877, p. 355.

H..., 37 ans, a reçu dans l'orbite une balle de revolver de 7 grammes. L'œil est un peu saillant et dirigé en haut.

La douleur est peu prononcée dans l'orbite, c'est une gêne seulement, mais elle est vive dans tout le maxillaire supérieur du côté droit et surtout dans la dent canine et les incisives. Cette douleur a commencé aussitôt après l'accident ; elle est due à la compression qu'exerce le projectile sur le nerf sous-orbitaire. Le nez du côté droit donne lieu depuis l'accident à un écoulement aqueux, sans doute par action réflexe du sous-orbitaire irrité sur la branche lacrymale du trijumeau, action directe puisque l'origine commune à ces deux nerfs est le trijumeau ; il en résulte un larmoiement qui fournit à la fosse nasale droite le liquide aqueux que signale le blessé.

On enlève la balle. La douleur du maxillaire a cessé, dit le malade, depuis l'opération, les dents sont insensibles ; l'écoulement de la narine droite a disparu également.

En deux jours le malade est guéri et reprend ses occupations.

Observation LX

Dr Parinaud, *in Heydernreich.* Thèse d'agrég., 1878, page 80.

Un homme de 23 ans fut atteint d'une kératite interstitielle de l'œil gauche, sans qu'on pût découvrir aucune cause générale à cette affection ; par contre, il avait souffert, un an auparavant, d'une fluxion provoquée par l'éruption de la dent de sagesse gauche, et celle-ci n'était pas encore entièrement sortie. L'âge du sujet, la localisation de la kératite sur un seul œil, sont des arguments en faveur d'une relation entre la maladie et l'éruption de la troisième molaire, d'autant plus que beaucoup d'oculistes regardent comme assez bien établis les rapports de la kératite interstitielle et de l'évolution dentaire. Toutefois ce fait n'est pas absolument concluant, et comme le malade n'a pu être suivi, il lui manque la sanction du traitement.

Plus concluantes sont les observations qui suivent.

Observation LXI

Tic des deux paupières caractérisé par des clignements continuels des deux muscles orbiculaires, consécutifs à une périostite de la canine et de la deuxième grosse molaire supérieures droites temporaires. Mengin, *Rev d'Opht.*, 1878.

Eugène X..., 11 ans, tempérament nerveux est amené à la clinique de M. le Dr Galezowski, le 19 juin 1878, pour un tic des paupières, qui a débuté il y a quatre mois, et qui depuis un mois a augmenté au point de devenir presque continuel.

Les deux yeux sont sains et normaux, emmétropes ; il n'y a pas de photophobie et les paupières ne sont également en aucun point le siège d'aucune maladie. La compression des deux nerfs

sus-orbitaires à leur émergure ne produit aucun changement. En examinant la bouche du jeune malade, nous trouvons en fait de dents permanentes les incisives et la première grosse molaire ; ces dents ainsi que les temporaires restantes sont saines et ne produisent aucune douleur quand on les frappe avec le manche d'un instrument, à l'exception de la canine et de la deuxième grosse molaire supérieures droites. Ces deux dernières sont un peu douloureuses à la pression et sont de plus le siège d'une carie pénétrante avec destruction complète de la pulpe, car la sonde introduite dans ces cavités ne produit aucune douleur. Le lendemain ces deux dents sont enlevées, elles montrent un périoste injecté surtout vers l'extrémité de la racine et à cette extrémité le cément complétement dénudé du périoste. Pas de trace de pulpe. Nous revoyons l'enfant trois jours après, le blépharospasme a très sensiblement diminué, et cinq jours plus tard, c'est-à-dire huit jours après l'extraction des dents, il a totalement disparu. La guérison est complète.

Mengin, *loc. cit.*

Observation LXII

Contracture du droit interne de l'œil droit avec névralgie de la face de ce côté produite par une périostite de la racine de la première petite molaire supérieure du même côté.

Mme C..., couturière, 49 ans, se présente à la clinique le 4 septembre, elle a toujours eu une bonne santé et n'est pas sujette aux névralgies. Depuis trois semaines elle se plaint de douleurs périorbitaires du côté droit, douleurs qui ont été en augmentant et en s'irradiant à toute la face de ce côté. Depuis cinq jours elle voit double; de plus les objets semblent danser devant elle, et elle ne peut marcher qu'en mettant la main devant l'œil droit. À part une adduction manifeste de l'œil droit il n'y a rien à noter de particulier de ce côté. Examinant la malade en lui plaçant un verre

rouge devant l'œil droit et lui faisant regarder la flamme d'une bougie nous constatons : diplopie homonyme augmentant quand on porte la bougie à la droite de la malade.

La distance qui sépare les deux images est essentiellement variable d'un moment à l'autre, la bougie restant immobile, et la malade voit dans ces conditions l'image rouge, correspondant à l'œil malade se déplacer à chaque instant suivant une ligne horizontale. Dans les positions du haut et du bas les mêmes phénomènes se reproduisent sans que l'on puisse constater une différence de hauteur sensible entre les deux images. Nous avons évidemment affaire à une contracture du droit interne de l'œil droit et les douleurs névralgiques nous font immédiatement examiner la mâchoire. Toutes les dents sont en bon état à l'exception de la première petite molaire supérieure droite dont il ne reste que la racine presque entièrement recouverte par la gencive. Cette racine est à peine sensible à la percussion ; nous en pratiquons l'extraction à l'aide d'un davier à chicot, et nous trouvons à l'extrémité de la racine unique un périoste épaissi, ramolli et un petit kyste. La malade se sent soulagée quelques instants après l'extraction et deux jours après tous les symptômes, diplopie et névralgie ont complètement disparu.

Mengin, *loc. cit.*

Observation LXIII

Larmoiement et asthénopie accommodative pour le travail de près consécutifs à la périostite de deux molaires.

Marie Eh.., 9 ans et demi, est amenée à la consultation de la rue Dauphine pour un larmoiement des deux yeux et une très grande fatigue qu'elle éprouve dès qu'elle veut lire. Elle ressent ces symptômes depuis deux mois environ ; les yeux sont emmétropes, et l'examen des deux globes oculaires ne laisse découvrir aucune lésion ou maladie de ces organes. Elle ne se plaint pas de

ses dents pour le moment, mais elle en a souffert il y a trois mois, et sa mère a remarqué qu'elle ne s'en plaint plus depuis que ses yeux sont malades. L'examen de la bouche montre les deuxièmes molaires temporaires supérieures atteintes de carie pénétrante avec destruction de la pulpe. Ces dents sont douloureuses à la percussion. Elles sont enlevées le jour même et on constate un épaississement très notable avec injection très forte du périoste. Trois jours après, les accidents oculaires ont complètement disparu.

Mengin, *loc. cit.*

Observation LXIV

Paralysie partielle de l'accommodation avec mydriase consécutive à une périostite d'une petite molaire.

M. G..., 35 ans, n'a jamais souffert de la vue, se plaint de voir trouble, depuis six semaines, de l'œil droit. A l'examen, on constate que cet œil est atteint de mydriase, mais l'examen ophthalmoscopique ne dénote dans les deux yeux aucune lésion, ni aucune anomalie de réfraction. L'œil gauche est emmétrope; mais de l'œil droit il ne peut rien lire de près ; un verre biconvexe de trois dioptries, placé devant cet œil, lui permet de lire numéro 6 de l'échelle typographique. Rien ne peut expliquer chez cet homme cette mydriase, aucune maladie antécédente, absence de syphilis, intégrité dans le fonctionnement des muscles. On est amené, par élimination de ces différentes causes, à examiner le système dentaire ; plusieurs dents ont été enlevées, mais à leur niveau la disparition des rebords alvéolaires et l'état sain des gencives dénotent que la cause de l'affection ne peut résider en ces points. Les dents qui restent sont saines, mais la deuxième petite molaire supérieure droite n'est plus représentée que par sa racine qui n'est pas douloureuse à la percussion. Le lendemain nous pratiquons l'avulsion de cette racine atteinte de périostite chroni-

que, et quelques minutes après l'avulsion le malade lit facilement le n° 3 de l'échelle typographique, sans verre biconvexe ; nous le revoyons trois jours après, et la mydriase a totalement disparu ; l'acuité est redevenue normale.

MENGIN.

OBSERVATION LXV

Myosis, spasme de l'accommodation de myopie à distance, provoqués par de nombreux chicots atteints de périostite.

Mlle L..., 31 ans, couturière, santé générale bonne, toujours bien réglée, a toujours eu une excellente vue. Depuis trois mois, sa vue a baissé, dit-elle, et elle éprouve beaucoup de gêne pour ses travaux de couture, au point qu'elle a dû les quitter depuis huit jours.

L'examen ophthalmoscopique le plus minutieux ne dénote aucune altération dans les deux yeux qui paraissent normaux. Nous faisons lire la malade ; de près elle peut difficilement lire le n° 2 pendant une minute à peine, puis elle voit les caractères comme brouillés ; de loin son acuité visuelle est réduite à 0,6. Un verre biconvexe de 1,50 dioptries rend la vision nette de loin. On examine la bouche, la malade enlève un appareil de prothèse et on constate que les dents sont en très mauvais état. Celles du bas sont saines; en haut, les incisives restent à peu près seules intactes, et des molaires il ne reste plus que des chicots dont la plupart sont branlants. Les gencives sont épaisses, ramollies et sanieuses. Nous procédons à l'avulsion de tous les chicots dont la plupart sont entièrement dénudés de leurérioste et rugueux ; deux d'entre eux nous présentent des kystes à leur extrémité. Nous faisons sur ces gencives une vigoureuse application d'acide chromique monohydraté ; nous prescrivons des gargarismes au chlorate de potasse pour les jours suivants avec la suppression

de la pièce prothétique pendant ce temps. Nous revoyons cette malade huit jours après; elle a retrouvé, dit-elle, sa vie d'autre fois; l'acuité visuelle est normale de près et de loin.

Mengin, *loc. cit.*

Observation LXVI

Accidents nerveux, céphalée, vertige et amblyopie occasionnés par la présence de racines atteintes de périostite et de kyste du périoste.

M. L..., 26 ans, paveur, bonne constitution, pas d'antécédents syphilitiques ni morbides. Depuis trois ans, il est pris, plusieurs fois par an, d'accidents subits qui se manifestent par les symptômes suivants : céphalée à droite, trouble subit de la vue de ce côté, vertiges; le malade est obligé de fermer les yeux et de s'appuyer pour ne pas tomber ou de s'asseoir ; pas de photopsie ; quelques minutes après, tous ces symptômes disparaissent et il peut reprendre son travail. Il a eu jusqu'à vingt et même trente accès en un seul jour ; champ visuel conservé, distingue bien les couleurs ; yeux normaux à tous les points de vue, Il dit être pris de ces accidents plusieurs fois par an, leur durée est chaque fois de six à douze jours. Il a consulté plusieurs fois dans les hôpitaux, a pris de nombreux médicaments au nombre desquels il se rappelle le salicylate de soude et le bromure de potassium.

En examinant les mâchoires de cet homme, nous trouvons en haut et à droite : chicot de la deuxième incisive latérale douloureuse à la percussion, chicot de la deuxième petite molaire et trois chicots de la première grosse molaire; en haut et à gauche, les dents sont saines. En bas toutes les dents sont saines ; trois seulement manquent complètement, couronnes et racines; les gencives sont en bon état.

Le lendemain, nous procédons à l'avulsion des chicots, à huit heures du matin. Notons en passant que les accès l'ont repris

depuis trois jours et qu'au moment où nous procédons à l'extraction il a eu depuis sept heures du matin trois accès. La plupart de ces chicots offrent un périoste en très mauvais état, épaissi, injecté ou détruit en partie; le chicot de l'incisive latérale est atteint à son extrémité d'un kyste périostique de la grosseur d'un pois.

Ces extractions multiples n'offrent rien de particulier à noter, à l'exception de celui de l'incisive latérale qui seul était douloureux à la percussion. Cette racine offre de grandes difficultés à l'extraction, nous devons pour cela nous servir de l'élévateur droit, et, au moment où après plusieurs efforts infructueux cette racine est enfin chassée de son alvéole, le malade lève violemment la main vers la tête et croit qu'il va être pris d'un accès, il en redoute la manifestation et en éprouve comme un symptôme fugace. Nous prescrivons des tampons d'ouate imbibés d'une solution de chlorate de potasse au vingtième, appliqués sur la gencive et renouvelés plusieurs fois par jour. Nous revoyons le malade le lendemain, il nous apprend que la veille il a eu dans la journée trois ou quatre accès, mais bénins et presque insignifiants et qui ont duré quelques secondes à peine. Huit jours après il se présente à la Clinique de la rue Dauphine, raconte que ces quelques accès, très légers du lendemain, ont été les derniers qu'il a ressentis, et se dit guéri.

Mengin, *loc. cit.*

Observation LXVI

Rétrécissement du champ visuel, Dischromatopsie et mydriase monoculaires, hypermétropie et amblyopie binoculaires, accidents produits par la présence de trois racines atteintes de périostite.

Mlle G..., 34 ans, couturière, bonne constitution, n'a jamais été malade, bien réglée, et d'une santé généralement bonne, qui exclut toute idée d'accidents hystériques, vient à la clinique de la rue Dauphine le 18 septembre, et présente les symptômes suivants : elle déclare d'abord qu'elle a toujours eu

bonne vue, mais que depuis quinze jours elle ne peut plus coudre, sa vue a baissé progressivement depuis ce moment, et actuellement elle est obligée pour se conduire, de mettre la main devant son œil gauche. L'examen ophthalmoscopique dénote des yeux sains et emmétropes. OD. acuité visuelle diminuée, ne peut rien lire de près et, à l'aide d'un verre biconvexe de 2.50 dioptries, peut lire le n° 2 de l'échelle typographique. Cet œil n'offre rien d'autre à noter.

OG. mydriase, ne peut lire que le n° 2 à l'aide d'un verre biconvexe de 3 dioptries, champ visuel rétréci concentriquement et régulièrement de moitié; mesuré au périmètre il donne les résultats suivants :

Angle nasal 30°, angle frontal 35°, angle temporal 50°, angle jugal 40°. Le champ visuel de l'œil droit est normal, et de plus, elle reconnaît très difficilement les couleurs à 10 centimètres ; si on lui place le tableau à 30 centimètres, elle n'en reconnaît aucune.

En examinant les mâchoires, nous trouvons toutes les dents saines, pas trace de carie ; mais en haut et à gauche, la couronne de la première grosse molaire manque. La malade nous apprend qu'elle a été brisée, il y a quelques mois, par un dentiste qui voulait arracher la dent. Les trois racines de cette molaire restent dans l'alvéole et sont très douloureuses à la percussion, la racine palatine tout particulièrement. Mais la malade dit ne pas souffrir de ces racines. Néanmoins, le lendemain nous procédons à leur avulsion. Les deux racines labiales sont rugueuses et complètement dénudées de leur périoste. La racine palatine, qui offre des difficultés à l'extraction, a conservé son périoste qui est fortement injecté tout autour de la racine et détruit à son sommet. Un quart d'heure après l'extraction, tous les symptômes persistent encore sans changement aucun. Nous revoyons la malade le lendemain matin ; elle dit voir beaucoup mieux. En effet, l'œil droit fonctionne normalement et l'œil gauche a repris son champ visuel normal ; elle reconnaît très bien les couleurs de loin ; la mydriase existe encore un peu ; à l'aide d'un verre biconvexe de

un dioptrie, elle lit couramment le n° 2. Trois jours après, cette malade revient à la clinique de la rue Dauphine ; tous les accidents ont disparu.

Mengin, *loc. cit.*

Observation LXVIII

Mydriase gauche, paralysie partielle de l'accommodation de ce côté ; accidents dus à une carie pénétrante de la première grosse molaire supérieure de ce côté avec sensibilité de la pulpe.

M. S..., 20 ans, ouvrier bijoutier, se présente à la clinique de la rue Dauphine, le 25 septembre. Santé générale excellente, a toujours eu bonne vue. On constate : mydriase gauche très prononcée et paralysie partielle de l'accommodation ; il peut à peine lire le n° 2 ; ces accidents datent de huit jours et sont arrivés, dit-il, presque subitement, accompagnés de douleurs périorbitaires qui ont disparu il y a cinq jours. Cet état ne peut être dû à l'atropine, car l'ouverture pupillaire se resserre sous l'influence d'une lumière vive sans toutefois atteindre le diamètre de l'autre ; pas trace de paralysie musculaire ni d'ataxie au début. Depuis quelques semaines, dit-il, il souffre des dents de ce côté quand il boit un liquide froid ; examinant son système dentaire, nous trouvons une seule dent malade, la première grosse molaire supérieure gauche, atteinte de carie. Percutant cette dent sur ses différentes faces, et surtout à sa face triturante, dans la direction de ses trois racines, nous ne provoquons aucune douleur ; toute idée de périostite est donc écartée. La carie est profonde, située sur la face triturante de la dent ; la fraise et l'excavateur y provoquent une douleur assez vive ; la sonde pénètre dans les pertuis des racines labiale, postérieure et palatine, en y provoquant une vive douleur ; on ne trouve pas le pertuis de la racine labiale antérieure. Introduction dans les deux racines de deux mèches saupoudrés d'une petite quantité d'acide

arsénieux, et pansement calmant. Nous revoyons le malade deux jours après, la mydriase a très sensiblement diminué, et il peut lire de cet œil le n° 1, mais pendant une minute à peine. L'eau froide, introduite dans la bouche et surtout injectée dans la cavité de la carie avec une seringue, y provoque encore de la douleur, mais beaucoup moins vive que précédemment. La seconde pénètre dans les pertuis des deux racines où ont été appliqués les pansements caustiques, et n'y réveille aucune douleur.

Reste à examiner la pulpe de la racine labiale antérieure, seule cause probable des accidents qui persistent; après avoir agrandi la cavité de la carie avec une fraise, la sonde pénètre dans le canal de cette racine et produit une douleur assez vive quand on l'enfonce profondément; introduction d'une mèche légèrement saupoudrée d'acide arsénieux et pansement *ut supra*. Nous revoyons ce malade deux jours après ce second pansement, c'est-à-dire quatre jours après le premier; nous constatons une disparition complète de la mydriase; il lit aussi bien le n° 1 de l'échelle typographique de l'œil gauche que du droit, et il a pu reprendre son travail depuis la veille. La guérison est donc complète. La cavité de la carie est ruginée, et un pansement obturateur provisoire y est introduit.

MENGIN.

OBSERVATION LXIX

Un frère de l'institution congréganiste de Beaucamp perdait la vue de l'œil gauche, avec atrophie progressive de la papille; il me consulta et je lui donnai le conseil de se faire extraire au plus tôt trois racines de molaires de la mâchoire supérieure du côté gauche; il tarda à s'exécuter; aussi l'ambcyopie continua-t-elle à progresser. Mais dès qu'il eut subi l'opération, l'affaiblissement visuel s'arrêta, au bout de quelques mois il constata une amélioration évidente, et je viens moi-même, après un peu moins d'une

année depuis la première consultation de vérifier, sur ce frère, non seulement le retour presque complet de la vision, mais encore la reconstitution de la papille à l'état normal sous le rapport de sa coloration, du nombre, du volume et de la teinte de ses vaisseaux.

CUIGNET. *Rev. d'Opht.*, 1880.

OBSERVATION LXX

Asthénopie; douleurs périorbitaires s'irradiant dans le front et l'oreille, consécutives à une périostite alvéolo-dentaire d'une dent de sagesse.

Dr Mengin, *Rec. d'opht.* Janv. 1880, p. 20.

Mme X..., 31 ans, santé excellente, a toujours eu une bonne vue. Depuis six mois, elle ressent assez fréquemment des douleurs dans la tempe gauche, dans le front du même côté, et ces douleurs s'irradient jusque dans l'oreille; l'œil en même temps est douloureux, sans qu'un point quelconque paraisse plus particulièrement sensible. et la malade ne peut plus ni lire, ni coudre, en un mot appliquer sa vue de près. Cet accident se produit presque journellement, surtout lorsqu'elle est dans une chambre où la température est élevée ou qu'elle est près du feu; mais c'est particulièrement après un travail appliqué qu'elle s'en ressent. Occupée de couture, elle passe ses soirées à travailler, et elle doit s'arrêter presque chaque soir, les phénomènes qu'elle éprouve lui rendant son travail impossible. Jamais rien de semblable, jamais la plus petite douleur ne s'est manifestée à droite.

L'examen à l'éclairage latéral, à l'image renversée, à l'image droite, montrent des yeux absolument emmétropes et normaux, pas d'astigmatisme. Il n'est pas possible de songer à de l'asthénopie accommodative ou rétinienne, ni à un spasme du muscle ciliaire; il n'y a également pas d'insuffisance des droits internes, et les voies lacrymales fonctionnent régulièrement. La malade lit également bien de chaque œil séparément, ou avec les deux yeux

réunis, les caractères n° 1 de l'échelle typographique, et des verres convexes faibles la gênent plutôt que de la soulager. Force nous est donc de rechercher l'étiologie de ces accidents ailleurs que dans l'œil, tant comme lésion pathologique que comme anomalie dans le fonctionnement de l'appareil optique.

Nous songeons alors à une lésion de l'appareil dentaire; la malade a toutes ses dents en bon état, à l'exception de trois d'entre elles : la deuxième petite molaire, la première grosse molaire et la dent de sagesse ; ces trois dents sont précisément celles de la mâchoire supérieure gauche, du côté où se produisent les accidents oculaires. Aux deux premières de ces dents il ne reste que des chicots qui ne sont pas douloureux à la percussion ; la dent de sagesse a encore sa couronne, mais elle est atteinte de carie profonde également indolore à la percussion.

Une injection d'eau froide faite dans la cavité ne réveille aucune douleur et dénote que la pulpe est détruite. Les gencives au niveau des racines ne sont ni gonflées ni même injectées. Elle a souffert, dit-elle, de ces dents, mais il y a de cela des années.

Nous lui conseillons de se débarrasser de ces racines et séance tenante nous pratiquons l'avulsion des deux chicots de la petite molaire et des trois de la première grosse. Ce périoste est presque complètement détruit, et celui qui reste est très peu injecté. Sur la prière de la malade, nous lui laissons la dent de sagesse, réservant son avulsion pour plus tard si la maladie ne disparaît pas. Nous la revoyons deux jours après, le 14 novembre, absolument dans le même état que précédemment, et rien n'a changé. Elle a essayé de travailler, mais elle est dans la nécessité d'interrompre ses occupations comme antérieurement. L'avulsion de la dent de sagesse est alors pratiquée; les deux racines réunies en une seule montrent un périoste fortement injecté ; la pulpe est complètement détruite.

Nous revoyons la malade quelques jours après ; elle nous apprend que les douleurs ont totalement disparu ; le jour où la

dent de sagesse a été enlevée, elle a pu travailler toute la soirée sans aucune gène, sans plus rien ressentir de ce qu'elle éprouvait auparavant. Les jours suivants il en a été de même et la guérison est complète.

A un bon travail du Dr Faucheron sur la névralgie sus-orbitaire considérée dans ses rapports avec l'œil (*Recueil d'ophthalmologie*, 1881) nous empruntons trois observations dans lesquelles les troubles dentaires paraissent avoir été le point de départ de tous les accidents.

Observation LXXI

Mlle Eugénie D..., 24 ans, brune, grande, vigoureuse, bien réglée. Plusieurs dents cariées depuis quelques années.

Au mois de juin 1879, elle a éprouvé au-dessus de l'orbite droit des douleurs vives qui revenaient par accès. L'œil est devenu rouge, la vue s'est troublée. Cet état disparut au bout de trois semaines.

Cette année, au mois de mai, les douleurs sus-orbitaires se manifestèrent de nouveau, mais cette fois du côté opposé. L'œil rougit et ne distingua plus les objets nettement. Elle vint à la consultation de M. Galezowski qui constata l'existence d'une névralgie sus-orbitaire gauche et d'une iritis séreuse du même côté.

L'iritis s'est produite après la névralgie. Pas de syphilis, pas de rhumatisme, pas de scrofule, pas de traumatisme, rien qui puisse l'expliquer, si ce n'est la névralgie.

M. Galezowski ordonne des sangsues à la tempe et des instillations d'atropine. Il conseille de faire arracher les dents mauvaises.

Quinze jours après, elle revient à la consultation ; il n'y avait plus ni névralgie, ni iritis ; elle était guérie et elle attribuait sa

guérison à l'extraction des dents, parce qu'elle s'était sentie mieux immédiatement après.

6 novembre. — Elle revient à la consultation ; depuis quelques jours les douleurs frontales se sont reproduites à gauche.

La conjonctive est légèrement rouge, les pupilles sont égales, il y a de l'asthénopie.

Le nerf sus-orbitaire est douloureux à la pression. Une dent commence à se carier du côté gauche. On lui recommande de la faire plomber ou arracher.

Faucheron, *Rec. d'opht.*, p. 145.

Observation LXXII

Mme Cl..., 50 ans. Rhumatisme chronique localisé au membre inférieur droit. Depuis un an, vives douleurs dans le front du côté gauche, trouble de la vue et chute de la paupière supérieure.

Les douleurs ont paru d'abord, puis le trouble de la vue et enfin la chute de la paupière.

Aujourd'hui, 5 novembre 1880, l'œil est caché presque entièrement. On éprouve de la peine à relever la paupière, l'orbiculaire se contractant fortement. La papille est plus resserrée qu'à droite. Il y a un léger strabisme externe, mais il est sans valeur : il a toujours existé.

La pression réveille un peu de douleur au-devant de l'oreille ; elle est très douloureuse au point sus-orbitaire et amène un spasme de l'orbiculaire.

Cette femme a plusieurs dents mauvaises. Quand elle mange, si elle mâche du côté gauche par inadvertance, l'œil se ferme convulsivement,

Faucheron, *loc. cit.*

Observation LXXIII

Mme R..., 65 ans, couturière, vient le 19 novembre 1880 chez M. Panas à l'Hôtel-Dieu, demander un certificat pour entrer aux Incurables. Elle souffre tellement des yeux, surtout de l'œil gauche, qu'il lui est impossible, dit-elle, de pouvoir travailler assez pour gagner sa vie.

Ce qui frappe tout d'abord c'est le prolapsus de la paupière supérieure gauche qui est abaissée à moitié. L'œil est injecté de ce côté ; il y a de la photophobie. Les pupilles sont égales.

Tous les points de la névralgie faciale sont douloureux à la pression, des deux côtés de la face, mais beaucoup plus à gauche qu'à droite. Le maximum des douleurs spontanées est localisé par la malade du côté du front.

Ces douleurs reviennent par accès irréguliers et rapprochés quand elles sont très fortes, l'œil pleure beaucoup et cesse complètement de voir.

Dans l'intervalle des accès, la vue de cet œil demeure trouble : « C'est comme un nuage blanc, dit la malade, que j'aurais devant moi. »

M. Panas l'examine à l'ophthalmoscope et ne trouve rien d'anormal.

Cette femme est rhumatisante depuis longtemps, les doigts sont légèrement déformés. Elle a plusieurs dents cariées.

Faucheron, *loc. cit.*

Le Dr Ely a publié (*The medical Record*, 1882, t. XXI, p. 258) quatre observations tirées de sa pratique ou de celle du Dr Roosa.

Observation LXXIV

Parésie du muscle orbiculaire. Spasme irrégulier du muscle ciliaire. Diplopie monoculaire.

Homme, 26 ans, se plaint que la vision de l'œil droit est subitement devenue trouble et qu'il y voit double de cet œil.

Ni douleur, ni rougeur. La pupille est petite et mobile. Le fond normal. Il y a parésie de l'orbiculaire droit; les paupières ne peuvent pas être entièrement closes et l'œil est larmoyant. V. = 20/50 et avec + 1/36 c. 180° = 20/20. Un examen soigneux des dents ne fait rien découvrir d'anormal.

On ordonna le mercure et l'iodure de potassium que le malade prit pendant quelque temps sans bénéfice. Une nuit, il fut pris de violentes douleurs dans une des molaires supérieures. Le lendemain la dent fut extraite et un abcès qui s'était formé autour de la racine fut évacué. La parésie du muscle orbiculaire, la diplopie et l'astigmatisme disparurent immédiatement et V devint 20/20 sans verres. Il n'y avait pas de doute possible quant à l'astigmatisme dans ce cas, la vision fut soumise aux investigations les plus sérieuses.

Ely.

Observation LXXV

Parésie du droit interne et des muscles ciliaires.

Homme, 31 ans. Le 15 décembre 1880, il se plaint de trouble et de « confusion » dans la vision de l'œil droit durant depuis une semaine. Ni rougeur ni douleur. Dimension et mobilité de la pupille normales. Fond normale. V = 20/20 avec + 1/60. Légère parésie du muscle droit interne. Légère parésie de l'accommodation exigeant X 1/16 pour être corrigée.

La racine de la première molaire supérieure du côté droit est

dénudée, rugueuse et sensible. Le patient a été adressé à un dentiste et traité par le mercure, et l'iodure de potassium (il avait eu autrefois la syphilis), et par l'électricité. Une partie de la racine fut enlevée et le reste plombé. Le nerf dentaire fut trouvé insensible et l'alvéole, mais il y avait une suppuration étendue aux parties voisines. La parésie oculaire cessa dès que la condition de la dent eut été corrigée (vers la fin de janvier), l'autre traitement avait été abandonné quelque temps auparavant.

Ely.

Observation LXXVI

Paralysie partielle du troisième nerf.

Femme, 40 ans. Le 3 juin 1881 elle se plaint d'éprouver dans l'œil droit une sensation confuse qu'elle ne peut bien définir. Elle dit que cela a commencé par une douleur brûlante dans l'oreille droite et dans le côté droit de la tête.

Pas de rougeur de l'œil. La pupille est dilatée et fixe, l'accommodation en partie paralysée. Opacités des deux lentilles. Les dents du côté droit sont cariées et sensibles, les gencives sont malades. On lui conseille d'aller consulter un dentiste.

9 juin. — La parésie du troisième nerf a disparu complètement après l'extraction d'une dent.

Ely

Observation LXXVII

Inflammation de la conjonctive et de la sclérotique (?).

Homme, de 33 ans. Le 30 janvier 1882, il se plaint d'une inflammation douloureuse de l'œil gauche qui le tient depuis trois

semaines. Il a eu de la névralgie du côté gauche de la face, la plupart du temps, le mois passé.

Il y a une traînée inflammatoire intéressant la conjonctive, le tissu sous-conjonctival et apparemment la sclérotique, dans le quadrant inférieur et externe du globe oculaire, il a environ dix millimètres de largeur et s'étend du bord de la cornée au pli rétrotarsien. L'aspect est celui de l'affection ordinairement appelée épisclérite. Il y a larmoiement et sensibilité de la région ciliaire. La pupille est petite, mais mobile. La vision et l'accommodation sont normales. Le fond est normal. Entre la première et la seconde dent *canines* de la mâchoire supérieure, du côté gauche, existe une petite ulcération de la gencive. L'espace interdentaire est extrêmement sensible à la pression de la sonde.

Le patient fut adressé à un dentiste qui trouva le nerf de caniné dénudé. Une application fut faite pour détruire la vitalité du nerf et la névralgie faciale disparut aussitôt. L'inflammation oculaire disparut complètement en quarante-huit heures. L'œil lui-même ne fut soumis à aucun traitement. ELY.

En 1882, nous avons encore à signaler deux observations publiées dans le *Recueil d'ophthalmologie* par MM. Weinberg et Despagnet (Obs. LXXVIII et LXXIX) et un tableau statistique des troubles oculaires consécutifs à la carie dentaire observés pendant neuf mois par M. Weinberg, de Bucarest, à la clinique de M. Galezowski ; ces affections, en y comprenant il est vrai les névralgies orbitaires et les asthénopies, auraient atteint le chiffre énorme de 168 sur 7776 malades, ce qui donnerait une proportion de 2 0/0.

Observation LXXVIII

Exophthalmie à la suite de dents cariées.

Veuve Lauvin se présente à la clinique le 12 juin 1882, avec une exophthalmie et des douleurs fortes de l'œil droit.

Elle nous raconte que depuis trente-cinq ans elle souffre de vertiges épileptiques, ainsi que de crampes d'estomac.

Au mois de mars de cette année, elle a eu une phlébite de la veine fémorale gauche. Elle présente en ce moment des varices et de l'œdème seulement du pied gauche.

Il y a cinq semaines, la malade ressentit en se levant le matin des bourdonnements de l'oreille droite auxquels succéda après quelques jours une céphalalgie fronto-temporale du même côté, et des picottements de l'œil qui perdait son aspect normal (pendant cette époque la malade souffrait d'une insomnie intermittente tierce sans fièvre). Les picottements firent place en peu de temps à des douleurs lancinantes, en même temps l'œil droit rougit et la conjonctive bulbaire était fortement injectée.

Depuis quatre jours la malade voit trouble.

A l'examen objectif on voit une exophthalmie de l'œil droit. La pression oculaire augmentée T =+ 1. Une forte injection de la conjonctive bulbaire et palpébrale. La cornée est trouble. Les mouvements de l'œil droit en dehors et en dedans sont incomplets. L'examen ophthalmoscopique à l'image renversée nous montre des flocons dans le corps vitré (la malade étant myope) un staphylome postérieur. Les veines rétiniennes de la périphérie sont injectées.

Toute la rétine, surtout à sa périphérie, est plus rouge qu'à l'état normal. Dans la région de la macula on trouve trois noyaux hémorrhagiques qui l'entourent. A la partie supéro-externe on trouve deux grandes plaques d'atrophie choroïdienne. La papille est pâle et à sa circonférence on trouve un léger exsudat.

Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. Artères, cœur et poumons normaux.

La malade lit n° 1, à 3 pouces distance de l'échelle de M. Galezowski.

On prescrit deux sangsues à la tempe droite, et quoiqu'elle nie tout antécédent syphilitique, on lui donne du sirop de Gibert et des instillations alternatives à l'ésérine et à l'atropine.

Le 14 juin. — On prescrit des frictions à l'onguent napolitain.

19 juin. — Pour combattre les insomnies périodiques que la malade présente, on lui donne du sulfate de quinine, en même temps l'atropine est suspendue à cause des douleurs plus grandes qu'elle occasionne.

22 juin. — La malade se plaint de douleurs excessives s'irradiant dans toute la région péri-orbitaire. On constate un chémosis très accentué.

En présence de ces douleurs, M. le Dr Galezowski ayant toujours l'habitude de demander aux malades dans les cas analogue s'ils n'ont pas des dents cariées, fit la même question à la malade et constata du côté de l'œil malade deux dents cariées et un chicot.

Il pratiqua lui-même immédiatement l'extraction des deux dents cariées et une amélioration considérable s'établit aussitôt.

Le 25 du même mois, le chicot ayant été aussi extrait, la malade se porte beaucoup mieux, le chémosis a disparu, ainsi que l'injection, la douleur et surtout l'exophthalmie.

Dr A. Weinberg. *Rec. d'oph.*, 1882, p. 441.

Observation LXXIX

Il y a six ans je me rappelle avoir vu dans le service de M. le Professeur Richet un jeune homme d'une vingtaine d'années, qui avait perdu subitement la vue de l'œil gauche à la suite de l'extraction d'une grosse molaire située dans la partie gauche de la

mâchoire supérieure. Malgré tous les traitements que l'on institua, la cécité resta définitive.

F. Despagnet, *Rec. d'opht.*, 1882, p. 113.

En novembre 1883 M. Power, chirurgien de l'hôpital S. Barthélémy, a fait, devant la Société odontologique de la Grande Bretagne, une lecture fort intéressante (1), à laquelle nous empruntons les deux observations suivantes.

Observation LXXX

Mme S.., 32 ans, vigoureuse et de constitution robuste, souffrit en 1878 et en 1879 de halos colorés autour des lumières et des symptômes généraux avant-coureurs du glaücome, et cela sans cause apparente. Elle était bien portante, dans l'aisance, ses habitudes et sa manière de vivre étaient absolument normales et bonnes. Cependant elle souffrait d'odontalgie; une dent en particulier la tourmentait, sans carie apparente de la couronne. Après avoir patienté quelque temps elle la fit enlever, et un abcès fut trouvé à la racine. En mars 1880, après une chute qui aggrava tous les symptômes, une iridectomie fut pratiquée à l'œil gauche. La plaie ne se ferma pas bien et il en résulta une cicatrice cystode.

La vision diminua graduellement et à la fin fut entièrement perdue.

Elle eut naguère deux fausses couches et des chagrins de famille, causes de grands tourments et de larmes fréquentes. Je la vis pour la première fois environ dix-huit mois après l'opération. L'œil droit était maintenant malade, mais la vision était

1. Power. *Médical Press and circular*, 1883, t. XXXVI, p. 458 et 479.

encore très bonne et devenait parfaite avec des verres convenables (+ 1 D). Trois semaines auparavant elle s'était réveillée avec une violente douleur qui dura trois jours ; elle voyait des lueurs brillantes, l'œil était dur, la papille blanche et en forme de coupe. Je lui dis qu'elle avait un glaucome et qu'une opération serait nécessaire si la vision venait à se perdre. Cela ne tarda guère et je pratiquai une iridectomie dans l'espoir de sauver la vision ; mais la plaie passa par les mêmes phases qu'à l'opération précédente, et il se forma une cicatrice avec persistance de la tension élevée du globe oculaire. Je l'ai vue il y a quelques jours ; elle est complètement aveugle de l'œil gauche, et de l'œil droit elle ne perçoit que des douleurs très vives. Elle m'a rappelé l'histoire de ses dents, et je dois avouer que si un cas semblable se présentait, au lieu d'essayer l'iridectomie dont l'insuccès fut complet pour deux opérateurs différents, et qui résista à l'ésérine aussi bien qu'aux moyens habituels de réduire la tension oculaire, je ferais faire par un dentiste expérimenté l'examen soigneux et complet de toutes les dents. Et je me demanderais si ce ne serait pas le cas d'extraire les dents et de les réimplanter si, après l'extraction, on les trouvait saines.

H. Power, *Medical Press and circular,* 1883, XXXVI, p. 481.

Observation LXXXI

Une fille de 24 ans, fut atteinte d'un abcès de la cornée qui fut traité par tous les moyens ordinaires, sans en accepter la paracentèse de la chambre antérieure et l'ouverture de l'abcès, et cela sans aucun résultat satisfaisant. Lorsque je pratiquai les opérations précitées, je fus étonné du peu de douleur qu'elle provoquait chez la malade ; je découvris que la cornée était anesthésiée et que la sensibilité de toute la région innervée par la branche ophthalmique de la cinquième paire était considérablement affaiblie. Une ulcération se développa à la place de l'abcès,

la cornée se ramollit, et les phénomènes inflammatoires de la conjonctive augmentèrent, lorsque je découvris que la malade avait souffert de fortes douleurs dentaires et qu'elle avait plusieurs dents cariées.

L'indication de les extraire était toute tracée. L'opération fut pratiquée, et à partir de ce moment survint une amélioration notable et progressive. La cornée retrouva sa transparence, et l'hypopion qui existait disparut totalement. Malheureusement la malade retourna à l'hôpital sept mois après avec des phénomènes du côté de son œil assez graves pour me décider à pratiquer l'énucléation. Je ne doute néanmoins pas que la cause de cette affection fut l'altération dentaire.

Power, *loc. cit.*, résumé.

Observation LXXXII

M. Uhthoff présente une malade qui après avoir eu une *névrite du trijumeau droit* (rameau ophthalmique et maxillaire supérieur), avec atteinte du nerf lacrymal, a conservé de l'*acrinie lacrymale.*

L'inflammation a commencé par l'incisive externe supérieure droite, qu'il fallut enlever, et s'est propagée de bas en haut en occasionnant de violentes douleurs dans les deux rameaux susmentionnés (joue, front, œil) ; puis, assez brusquement, la sécrétion lacrymale s'est tarie du même côté. Sensibilité très grande à la pression du nerf sous-orbitaire à son point d'émergence, pendant longtemps. Troubles de la sensibilité dans le domaine de la branche maxillaire supérieure ; ils rétrocédèrent du reste tandis que s'installait à demeure l'acrinie lacrymale.

Société de Psychiatrie et maladies nerveuses de Berlin, séance du 9 novembre 1885. *Analyse* in *Archives de Neurologie*, 1886, p. 118.

Observation LXXXIII

Epiphora et léger ectropion guéris par l'enlèvement d'une racine de dent canine.
J. M. Ackland. *Brit. Med. Journ.*, 1885, II, p. 250.

Mme H..., 43 ans, m'a été adressée à l'hôpital dentaire ; elle avait une ouverture fistuleuse à environ un demi-pouce au-dessous de l'angle interne de l'œil droit, un épiphora bien marqué et un léger ectropion de ce côté. Elle se plaignait d'un écoulement continu de larmes le long de la joue, et paraissait fort tourmentée de la difformité qui, disait-elle, allait en augmentant depuis trois mois. La bouche examinée soigneusement paraissait en très bon état, mais il n'y avait rien à la place de la canine droite supérieure. La malade se souvenait qu'on lui avait enlevé cette dent quelques années auparavant, mais que la racine n'avait pas été extraite. En pressant légèrement on faisait sortir un peu de pus par la fistule, mais non par la bouche. Une sonde introduite me donnait la sensation nette de matière dentaire.

La patiente refusant l'anesthésie, je fis, avec un petit scalpel, une incision jusqu'à la racine de la dent, je la tamponnai avec de la charpie pour la maintenir ouverte, et le lendemain toute hémorrhagie ayant cessé, je pus apercevoir une pointe de matière dentaire ; je m'arrangeai pour la mettre à découvert et pour l'extraire au moyen d'un forceps bayonnette, mais ce ne fut pas sans de grandes difficultés. La racine avait, je puis l'affirmer, une longueur de trois quarts de pouce (17 millimètres) ; il n'y avait pas de kyste radiculaire, mais le sommet était entièrement dénudé. A partir de l'opération l'écoulement de pus alla en diminuant, tout s'améliora, et quand je vis la malade pour la dernière fois, elle allait très bien, les larmes avaient repris leur cours régulier, la paupière était dans son état normal, et l'ouverture fistuleuse était complètement fermée.

Une communication du Dr Redard (P.) à la Société Française d'Ophthalmologie (avril 1886), dans laquelle l'auteur se trouve en parfait accord avec Power, a provoqué une discussion à laquelle nous devons les cinq observations qui suivent.

Observation LXXXIV

J'ai eu l'occasion de voir à la clinique du Dr Abadie une femme de 28 ans, atteinte d'un glaucome avec tension très élevée de l'œil droit. L'œil gauche était normal. La santé générale de cette malade était parfaite ; pas de douleurs de tête ni de douleurs névralgiques ; la cause de ce glaucome unilatéral était donc tout à fait obscure.

Deux sclérotomies furent faites par M. Abadie, ne produisant qu'une détente momentanée et suivies de récidive. C'est alors qu'en explorant avec soin le système dentaire de cette malade, M. Abadie trouva, du côté de l'œil affecté, une racine dentaire très douloureuse, dont il réclama l'extraction avant de faire une nouvelle tentative chirurgicale. L'extraction de ce chicot douloureux fut suivie, sans qu'on fît autre chose, d'une détente brusque immédiate de la tension intra-oculaire, qui prouvait, à n'en pas douter, la relation effective entre l'affection oculaire et l'affection dentaire.

P. Redard, *Gaz. méd. de Paris*, 15 mai 1886, p. 229.

Observation LXXXV

Une très intéressante observation de scotome central et mydriase, sans lésion ophthalmoscopique, reconnaissant pour cause une carie dentaire (troisième molaire de la mâchoire inférieure) nous a été communiquée par notre ami Despagnet.

P. Redard, *loc. cit.*

Observation LXXXVI

Société française d'ophthalmologie, quatrième session 1886.

Une dame avait perdu le pouvoir de lire depuis le moment où une dent lui avait été plombée. On enlève le métal et la malade reprend l'usage de sa vue. La dent est replombée et la malade perd encore une fois la vision. Enfin la guérison fut obtenue par l'arrachement de la dent.

Dr Galezowski.

Observation LXXXVII

J'ai vu aussi le phénomène inverse. Un glaucome avait été suivi de douleurs dentaires et les dents ont été déplombées sans succès. Il ne faut donc pas se hâter de sacrifier les dents ; celles-ci peuvent n'être prises que secondairement.

Dr Javal.

Observation LXXXVIII

J'ai vu une fois une dent à pivot mal disposée devenir l'origine d'accidents oculaires.

Dr Gayet.

Si dans ces dernières années un certain nombre d'ophthalmologistes réagissent contre ce qu'ils appellent le préjugé des affections oculaires d'origine dentaire et classent ces affections dans les accidents hystérotraumatiques, un assez grand nombre admet encore la réalité des relations morbides entre l'œil et les dents ainsi que le

montrent les observations récentes qu'il nous reste à citer.

Observation LXXXIX

The Lancet, 1886, II p. 88, 10 juillet 1886.
Cécité due à une dent cariée.

Le Dr Widmark, chirurgien suédois, avait pour patiente une jeune fille chez laquelle il ne pouvait découvrir le moindre changement pathologique de l'œil droit, mais qui était cependant complètement aveugle de ce côté. Observant que les dents étaient malades, il l'adressa à M. Skogsborg, dentiste, qui trouva les molaires supérieures et inférieures complètement cariées, avec de l'inflammation à la racine de quelques-unes d'entre elles.

Il enleva les restes des molaires du côté droit, et en quatre jours de temps la vue de l'œil droit commença à revenir, et le onzième jour après l'extraction elle était absolument normale. Les racines malades de l'autre côté furent enlevées par la suite, pour évite le retour de l'affection des yeux.

Observation XC

Excellent exemple d'amblyopie chez une femme de 40 ans. Voir Nuel. *Amblyopies et amauroses*, 1887.

Observation XCI

Mme C..., âgée de 66 ans, professeur de piano, vient nous consulter le 30 juin 1881 pour une inflammation de l'œil gauche qui a commencé au milieu du mois de mai. Cet œil, qui est perdu depuis son enfance, ne l'avait jamais fait souffrir. Nous constatons une diminution assez notable du volume de cet organe avec un

tonus au-dessous de la normale. La pupille présente un aspect blanc nacré caractéristique de la choroïdite suppurative, et il y a un hypopyon assez prononcé. Injection perikératique de faible intensité, pas de photophobie et presque pas de douleur. Nous conseillons un collyre à l'atropine, des compresses chaudes, sangsues à la tempe, et calomel à l'intérieur. Le collyre et les compresses sont continués jusqu'au 15 juillet, et il n'y a pas grande amélioration. Nous examinons sa bouche, et nous trouvons du côté gauche, sur le maxillaire supérieur, trois racines douloureuses à la pression avec un stylet. Nous conseillons de les faire extraire le jour même. Le lendemain quelle ne fut pas notre surprise en voyant la disparition totale de l'hypopyon et une diminution marquée de l'injection périkératique.

On pouvait, en effet, s'attendre à une amélioration, mais on ne pouvait compter sur une cessation aussi rapide des phénomènes inflammatoires. Suppression du collyre et continuation des compresses chaudes. L'aspect nacré de la pupille, le 20 juillet, a disparu complètement.

Nous ne pouvons évidemment pas attribuer à une autre cause qu'à l'extraction des dents gâtées la disparition du pus de la chambre antérieure et la disparition des autres symptômes de l'inflammation, puisque rien n'avait été modifié dans le traitement.

Brunschwig, *Rev. d'Opht.*

Observation XCII

M. Br..., âgé de 35 ans, négociant, demeurant au Hâvre, se présente le 19 novembre 1886 à notre consultation pour une affection de l'œil droit, pour laquelle il était allé d'abord voir le pharmacien. Celui-ci n'avait pas manqué de le gratifier d'un collyre astringent, et c'est en voyant l'aggravation de ses douleurs qu'il vint nous demander notre avis. Il est atteint d'une iritis

aiguë, et la pupille présente plusieurs synéchies postérieures. Aucun antécédent rhumatismal ni syphilitique. Pas de maladies antérieures.

Le traitement prescrit consiste en collyre d'atropine à 1 pour 100 et de cocaïne à 2 pour 100 toutes les dix minutes, la première heure et ensuite deux gouttes toutes les heures ; applications répétées de compresses chaudes, frictions à l'onguent napolitain belladoné sur le front et la tempe, six sangsues au-devant de l'oreille droite ; à l'intérieur 50 centigrammes de sulfate de quinine. Le lendemain diminution marquée des douleurs, la pupille présente une dilatation assez notable, et toutes les synéchies ont cédé, sauf une qui persiste encore à la partie inféro-interne. Les instillations répétées sont continuées et nous ordonnons un purgatif pour le 20 novembre.

Le 21 novembre. — La synéchie postérieure est rompue, la pupille a une forme ronde et très dilatée. Diminution considérable de l'inflammation. Le malade ne fait plus que quatre instillations quotidiennes.

Ce traitement est continué jusqu'au lundi 6 décembre, où l'injection périkératique est si peu marquée que nous ne faisons plus instiller qu'une goutte par jour, en annonçant au malade que probablement il pourrait reprendre ses occupations à la fin de la semaine.

Deux jours après, M. B... revient nous voir avec l'œil de nouveau enflammé et présentant en outre un hypopyon assez considérable. Il n'y avait eu aucune imprudence de sa part, d'après ce qu'il nous dit.

Nous examinons alors ses dents, et nous apercevons du côté droit la deuxième petite molaire supérieure totalement gâtée et sensible au toucher. Nous prions le malade de la faire extraire, tout en augmentant le nombre des instillations et des compresses chaudes. Le lendemain, le pus avait complètement disparu de la chambre antérieure, et il subsistait une très légère inflammation qui avait entièrement cessé huit jours après.

Brunschwig, *loc. cit.*

Observation XCIII

Un cas d'odontalgie résultant d'insuffisance des droits internes. Neuschuler, *Rec. d'opht.*, 1889, p. 657.

Chez une jeune femme une insuffisance des droits internes peut être corrigée à la distance de 50 centimètres par un prisme plan de 4°, base interne.

Observation XCIV

Amaurose déterminée par une carie dentaire.

Dans la *Revista medica de Aragon*, le Dr Riva cite le fait d'une dame, âgée d'une trentaine d'années, qui fut prise un jour d'une douleur très vive au niveau de la deuxième molaire supérieure du côté gauche. Cette douleur persistait et gagnait du côté de l'œil, si bien qu'au bout d'une huitaine de jours la malade ne voyait absolument plus de l'œil gauche. La dent qui était l'origine de tout le désordre étant cariée, il fut procédé à son extraction ; une petite quantité de pus, provenant de l'antre d'Highmore, s'écoula par le sommet de la cavité alvéolaire, et logé dans l'épaisseur de la racine de la dent, on trouva un petit fragment de bois qui traversait celle-ci verticalement, de bas en haut.

Ainsi délivrée de la dent cariée et du corps étranger que celle-ci contenait, la malade recouvra la vue au bout de peu de jours. Elle fit connaître qu'elle avait l'habitude de se servir, en guise de cure-dents, d'une petite tige de bois terminée en pointe. Cette pointe s'était cassée, après avoir pénétré dans le trajet formé par la carie dentaire, et était restée ainsi enchâssée, déterminant une irritation constante du nerf dentaire, et par suite, l'inflammation de la paroi de l'antre d'Highmore et l'amaurose, par le fait de la névrite de la branche moyenne supérieure du trijumeau.

Le Courrier médical, 30 novembe 1889, p. 420.

Observation XCV

Cellulite orbitaire aiguë suivie de mort après une fluxion due à une dent cariée.

Chez une jeune fille de 14 ans deux dents avaient été enlevées à la mâchoire supérieure et ensuite, pendant que la face était encore enflée, la patiente fit par une journée froide une promenade en voiture découverte. Quand je la vis, quinze jours plus tard il y avait un gonflement très marqué des paupières du côté droit, avec proptosis et œdème conjonctival. La vision ne paraissait pas atteinte mais l'examen ophthalmoscopique était impossible et permettait seulement de constater la transparence des milieux. Il y avait eu des douleurs violentes de l'orbite, avec maux de tête et vomissements. Trois jours plus tard une quantité considérable de pus fut évacuée par une incision pratiquée au tiers interne de la paupière inférieure. L'opération fut suivie d'un grand soulagement et le globe oculaire reprit sa position normale. Deux jours après, cependant, l'état de la malade empira ; il y avait des douleurs violentes s'étendant jusqu'à l'occiput, avec vomissements et renversement de la tête. La malade tomba dans la coma et mourut le jour suivant. Elle n'eut pas de convulsions, mais elle se plaignit de maux de tête tant qu'elle eut sa connaissance.

L'état de l'orbite paraissait très satisfaisant et le drain avait été enlevé. L'autopsie ne fut pas accordée. Il fut établi qu'à l'extraction des deux dents de la mâchoire supérieure il s'était écoulé un pus très fétide que l'os immédiatement autour des racines était nécrosé, les gencives enflammées et turgides Les dents étaient fortement cariées, la densine était complètement ramollie.

Snell. *The Lancet* (12 juillet 1890) p. 127.

Nous terminerons cette longue série d'observations par la relation de cinq cas choisis parmi ceux qu'il nous a été donné d'observer à la clinique des Quinze-Vingts.

Observation XCVI

François H..., gardien de la paix, 35 ans, avait toujours eu une excellente santé lorsque, en juin 1884, dans une rixe, il reçut un coup de couteau derrière l'oreille gauche.

La lame avait pénétré de haut en bas et d'arrière en avant, un peu au-dessus de l'apophyse mastoïde, à un centimètre et demi en arrière de la conque. Pendant quatre mois du pus s'écoule par la plaie qui ne s'est pas cicatrisée et au fond de laquelle on sent un os dénudé. Vers la fin de l'hiver l'écoulement cessa et la plaie se cicatrisa ; mais à ce moment survinrent dans tout le côté de la tête, des douleurs bientôt violentes, continues, provoquant des étourdissements fréquents. En même temps se produisit de ce côté un affaiblissement progressif de l'ouïe, puis H..., qui avait toujours eu une vue excellente, s'aperçut qu'elle baissait de plus en plus du côté gauche d'abord, et bientôt aussi du côté droit.

19 août. — Le malade se présente à la consultation des Quinze-Vingts; il y voit à peine assez pour se conduire et l'examen ophthalmoscopique fait reconnaître une ischémie papillaire qui fait craindre une atrophie grise double en voie d'évolution. On institue le traitement par l'iodure de potassium, les courants continus, les injections de strychnine.

Le traitement n'ayant donné aucun résultat et le malade disant qu'il lui semblait souvent avoir du pus dans la bouche on l'envoie à la clinique odontologique.

23 octobre. — A l'examen de la bouche on reconnaît que le malade est atteint d'un abcès du sinus maxillaire. Pendant quelque temps on constate bien la présence du pus dans la bouche, mais sans pouvoir trouver l'orifice qui lui donne issue.

30 octobre. — On enlève la première grosse molaire supérieure dont les racines baignaient dans le pus du sinus, et on pratique la ponction du sinus au moyen d'un trocart courbe.

Après l'écoulement du pus, on fait régulièrement des lavages antiseptiques du sinus.

A partir de ce moment la suppuration diminue rapidement et les douleurs avaient cessé en partie dès le huitième jour après l'opération. Elles sont très espacées et consistent plutôt en une sorte d'engourdissement.

Les vertiges ont disparu aussitôt après la ponction.

Le malade va de mieux en mieux chaque jour.

L'exploration du champ visuel faite le 16 décembre montre qu'il est normal à droite, et qu'à gauche, si on le compare au tracé pris en octobre, il y a une amélioration tellement marquée qu'on espère la guérison définitive. Il y avait également une amélioration très marquée du côté de l'oreille.

Observation XCVII

Marie B...,cartonnière, 25 ans, a perdu autrefois l'œil droit à la suite de variole. Aucun antécédent nerveux.

Elle se présente à la consultation des Quinze-Vingts le 30 septembre 1886. La vue est trouble, tout paraît dans le brouillard ; il lui semble qu'elle a dans l'œil un corps étranger et elle y éprouve une vive démangeaison depuis quelques jours. La pupille est mobile, pas dilatée. L'examen ophthalmoscopique est absolument négatif.

Le lendemain elle est adressée à la clinique odontologique. A la racine de la canine supérieure gauche, elle porte une petite tumeur, indice d'une périostite probablement spontanée car la canine n'est pas cariée. On ouvre l'abcès et on trépane le sommet de la racine. Amélioration immédiate de la vision qui trois jours plus tard est redevenue normale.

Observation XCVIII

Louis B..., garçon de magasin, 23 ans, est venu en janvier 1887, à la Clinique des Quinze-Vingts, pour une mydriase du côté droit; il ressent dans l'œil des douleurs violentes qui augmentent d'intensité dès qu'il est couché. Il existe chez lui une paralysie faciale droite bien marquée, les paupières ne peuvent être rapprochées, les traits sont tirés à gauche. Pendant trois mois il est traité par les révulsifs, le bromure de potassium, les douches, mais sans aucun résultat.

16 avril. — L'examen de la bouche fait reconnaître la carie des deux prémolaires supérieures du côté droit, dont la pulpe est à nu.

Pansements habituels. Le mieux s'accentue rapidement et le malade revient dix jours plus tard. Les douleurs avaient cessé, il ne restait plus trace de paralysie.

Observation XCIX

Joséphine B..., couturière, 33 ans, vient à la consultation des Quinze-Vingts, le 23 octobre 1886, pour un affaiblissement de la vue du côté gauche; la pupille gauche est fortement dilatée, la malade ne peut lire de cet œil. L'examen ophthalmoscopique fait porter le diagnostic : mydriase et insuffisance de l'accommodation du côté gauche.

L'examen de la bouche fait découvrir une périostite chronique de la canine et de la première prémolaire supérieures gauches. On pratique l'extraction des deux dents malades.

Huit jours plus tard la malade accuse un mieux très sensible; elle a pu reprendre son travail.

Observation C

Marie Fr..., domestique, 35 ans, toujours bien portante, pas nerveuse, vient à la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts le 14 septembre 1886 pour un épiphora très marqué du côté droit, survenu depuis quelques jours ; la conjonctive est un peu rouge ; l'ophthalmoscope ne dénote aucune lésion. L'usage de collyres astringents n'amenant aucun résultat la malade est adressée à la clinique odontologique le 21 septembre. L'examen de la bouche fait découvrir une pulpite de la canine supérieure du côté droit.

On traite dans la pulpite par des pansements habituels.

Le 25 septembre, on constate la disparition complète des désordres bien qu'on n'ait rien fait du côté de l'œil.

Les observations qui précèdent ne sont pas toutes egalement probantes, et dans quelques-unes, en raison surtout de la fréquence des maladies des dents, on pourrait discuter la relation de cause à effet admise par les auteurs ; mais dans un grand nombre d'autres la relation de cause à effet est indiscutable et la conclusion s'impose : il y a des relations pathologiques réelles entre l'organe de la vue et le système dentaire.

Ces deux appareils, en dehors des cas où ils sont touchés simultanément par une maladie générale, une diathèse, une névralgie trifaciale (et ces faits ne rentrent pas dans le cadre de notre travail) peuvent réagir l'un sur l'autre de deux façons différentes ; tantôt c'est une maladie de l'œil qui réagit sur les dents, tantôt c'est une

maladie des dents qui réagit sur l'œil. Les faits du premier genre, très peu nombreux, constituent le groupe des *affections dentaires d'origine oculaire ;* ceux du second genre, beaucoup plus nombreux, formeront le groupe des *affections oculaires d'origine dentaire.*

AFFECTIONS DENTAIRES D'ORIGINE OCULAIRE

Les faits de cet ordre ne sont pas aussi rares que pourrait le faire croire le petit nombre des observations que nous en avons recueillies (obs. XLV, LIX, LXXXVIII et XCIII) ; au contraire, un assez bon nombre de névralgies dentaires proviennent de maladies des yeux.

Dans le glaucome la névralgie dentaire est fréquente au point qu'on a pu la considérer comme un symptôme caractéristique et constant de la forme aiguë de cette maladie (Galézowski). On observe assez souvent encore la névralgie dentaire au cours de l'iritis (XLV), dans les irido-choroïdites consécutives à l'opération de la cataracte, surtout si l'œil devient glaucomateux.

Le malade de Ducellier (LIX) accusait des douleurs violentes dans les incisives et la canine, comme les malades soumis au cathétérisme du canal nasal en accusent souvent dans les mêmes dents et jusque dans les molaires. Les relations anastomotiques des nerfs de la région oculo-dentaire expliquent aisément les faits de ce genre ; il importe toutefois de ne pas les perdre de vue, car les douleurs dentaires sont parfois si violentes que le malade oublie l'affection oculaire et réclame instamment la disparition d'une dent à laquelle il attribue ses souffrances.

Rarement sans doute il a, comme le malade de M. Galé-

zowski, la mauvaise fortune de rencontrer un dentiste assez peu conservateur pour lui enlever les dents saines ; mais il n'est pas rare qu'on arrache en pareil cas des chicots ou des dents cariées qui ne sont pas coupables.

L'insuffisance des muscles droits internes pourrait elle-même occasionner une névralgie dentaire ; c'est du moins ce que semble indiquer l'observation, jusqu'à présent unique, de Neuschuler (XCIII).



AFFECTIONS OCULAIRES D'ORIGINE DENTAIRE

Dans ce groupe, très nombreux, puisque nous avons pu recueillir 96 observations, les troubles oculaires sont des accidents et comme des symptômes d'une affection dentaire. Les uns reconnaissent pour cause un travail inflammatoire transmis de la dent à l'œil par continuité des tissus : ce sont les accidents inflammatoires. Les autres se développent par l'intermédiaire du système nerveux : ce sont les accidents nerveux.

ACCIDENTS INFLAMMATOIRES.

Le rôle de l'inflammation est bien net dans les observations II, III, IV, X, XI, XII, XV, XVI, XVII, XVIII, XX, XXI, XXXIII, XXXVIII, XLII, LVI, XCIV, XCV et paraît probable dans les observations XIX, XXXIX, XLI, XCVI. On y trouve signalés, comme conséquence du travail inflammatoire, le phlegmon de l'orbite, l'inflammation du sinus maxillaire, les abcès de la région malaire, toutes affections bien décrites dans les traités de chirurgie. Nous devons cependant noter ici la gravité de ces accidents d'origine dentaire. Sur 22 malades, quatre sont morts, par suite il est vrai de complications du côté des méninges ou des sinus crâniens (Obs. III, XII, XX et

XCV). Sur les 18 autres 6 ont gardé une cécité persistante, 4 ont recouvré en partie la vision, 8 seulement ont guéri complètement.

Le phlegmon orbitaire a été le plus souvent consécutif à l'inflammation du sinus maxillaire qui est signalée ou qui est manifeste dans la plupart des observations. Dans certains cas on a constaté directement la périostite du sinus, la nécrose et même la perforation du plancher de l'orbite; dans d'autres un écoulement purulent par la narine correspondante, la chute de petits sequestres, la tuméfaction et le bombement des parois du sinus. Il est permis d'en conclure que dans l'immense majorité des cas le phlegmon de l'orbite d'origine dentaire provient d'une périostite du plancher de cette cavité, consécutive à une inflammation de l'antre d'Highmore (Duplay).

On a dit que le pus fusait parfois du tissu sous-muqueux dans le tissu cellulaire sous-cutané et pouvait ainsi gagner la base de l'orbite. Les fluxions procèdent en effet de cette façon, mais le pus a plutôt tendance à se porter du côté de la peau (Obs. XIX). Pour d'autres auteurs le pus arrive à l'orbite en décollant de bas en haut le périoste du maxillaire supérieur; ces faits doivent être rares en raison de la résistance considérable de l'aponévrose orbitaire au pourtour de l'orbite, mais ils expliquent les cas dans lesquels il n'y avait aucun écoulement de pus par la narine bien que le sinus maxillaire en fût rempli.

Les accidents inflammatoires sont le plus souvent consécutifs à l'extraction des dents. M. Duplay a appelé l'attention sur la possibilité qu'après cette opération la cavité

buccale communiquant avec l'antre d'Highmore, quelques parcelles alimentaires s'introduisent dans cette cavité et y déterminent une inflammation suppurative.

La carie dentaire et la périodontite viennent au second rang des causes occasionnelles de l'inflammation ; enfin il est bon d'ajouter que des corps étrangers, des débris de cure-dent, peuvent amener des accidents sérieux, comme le montrent les observations de Galézowski et de Riva (II et XCIV).

Les dents de la mâchoire supérieure ont provoqué 18 fois les accidents ; mais 2 fois le point de départ était à la mâchoire inférieure, dans le cas de Decaisne (Obs. XVIII) et dans le fait singulier rapporté par Teirlinck (Obs. XII) où le pus avait pénétré dans les fosses zygomatique et maxillaire et amené la mort du malade. Dans tous les cas où l'espèce de la dent est indiquée il s'agit de molaires : 2 fois les prémolaires, 8 fois la première grosse molaire et 6 fois la seconde, jamais la dent de sagesse.

Les deux côtés droit et gauche ont été pris également, chacun dix fois.

Les hommes ont été atteints 15 fois et les femmes seulement 7. Quant à l'âge des malades il a varié de 14 à 52 ans, limites extrêmes, mais c'est surtout entre 20 et 30 ans que les cas sont fréquents (14 sur 22). On s'explique aisément l'absence de telles complications dans l'enfance, le sinus maxillaire étant alors tout à fait rudimentaire.

Les troubles notés du côté de l'œil ont été l'amaurose, qui est l'accident le plus commun, l'exophthalmie également fréquente, parfois brusque, et suivie, si elle est très marquée, de la perforation de la cornée ; Decaisne a signalé

une fois la cataracte, mais son observation n'est pas concluante (XIX). Plusieurs fois on a noté la dilatation de la pupille, le strabisme externe, la chute de la paupière, qui indiquent une paralysie plus ou moins complète du nerf moteur oculaire commun.

La mydriase a été peut-être la vraie cause de l'amaurose des anciens auteurs ; mais si l'ophthalmoscope est venu révéler dans certains cas des lésions du nerf optique, l'anémie de la papille (XXXVIII), parfois la congestion rétinienne, dans celui de Delestre (XLII), l'examen le plus minutieux n'a pu faire découvrir la raison de la cécité. Salter explique ces phénomènes par une cause mécanique ; l'inflammation détermine la formation de produits plastiques qui compriment les nerfs de la deuxième et de la troisième paire dans leur trajet entre le crâne et le globe de l'œil.

Cette hypothèse ne rend pas compte de l'intégrité constante des nerfs moteur oculaire externe et pathétique, ni de la rapidité de la guérison dans certains cas. Pour ceux-là principalement, comme pour les *accidents nerveux* dont nous allons bientôt nous occuper, l'interprétation des accidents paraît devoir être plutôt cherchée dans l'étude des phénomènes réflexes consécutifs à l'irritation des fibres terminales de la cinquième paire.

Le traitement doit être en rapport avec la gravité des accidents inflammatoires. On s'efforcera de les prévenir par une antisepsie buccale aussi rigoureuse que possible, surtout après les opérations d'extraction ; si l'on s'apercevait que le sinus maxillaire a été ouvert, des tampons d'ouate appliqués au fond de la cavité au moment des

repas y empêcheraient la pénétration de parcelles alimentaires.

Quand la suppuration surviendra, il faudra donner issue au pus de très bonne heure et faire des lavages antiseptiques dans les foyers purulents.

ACCIDENTS NERVEUX.

Les accidents nerveux oculaires d'origine dentaire sont extrêmement variés, comme peut le montrer la lecture des 74 observations que nous avons relevées. Ils peuvent intéresser à peu près toutes les parties constituantes de l'appareil oculaire ; ils frappent l'une d'elles ou plusieurs d'entre elles, simultanément ou successivement, et présentent une diversité d'aspect qui semble échapper à toute classification précise. Cependant un grand nombre d'observations montrent que les accidents obéissent aux lois des actes nerveux réflexes, et cette considération permet d'en donner, sinon une classification définitive, au moins un classement utile. Les troubles oculaires peuvent en effet porter : 1° sur la sensibilité ; 2° sur les sécrétions ; 3° sur la motilité ; 4° sur la nutrition et les vasomoteurs.

1° Les accidents nerveux peuvent atteindre la sensibilité générale ou la sensibilité spéciale de l'œil.

Du côté de la sensibilité générale on observe très fréquemment l'*hypéresthésie* qui est un fait banal dans la plupart des affections oculaires. L'*anesthésie* est plus rare ; Power en a observé un cas intéressant, qui à cer-

tains égards rappelle les expériences de Magendie (Obs. LXXX).

La sensibilité spéciale du nerf optique et de la rétine serait souvent exagérée, si l'on admettait, avec quelques auteurs, que la photophobie en est la traduction symptomatique (LI). Dans les observations XXIX et LI elle constitue le phénomène principal.

La diminution ou l'abolition de la sensibilité rétinienne est indiquée dans 27 observations d'amblyopie ou d'amaurose (I, IV, VI, IX, XIII, XXII, XXIV, XXV, XXVI, XXX, XXXI, XXXII, XXXIV, XXXV, XXXVI, XL, XLIV, LIV, LV, LVI, LXII, LXIX, LXXIX, LXXXV, LXXXIX, XCVII). Il est vrai qu'un certain nombre sont discutables; avant que l'examen ophthalmoscopique fût entré dans la pratique on prononçait facilement le mot d'amaurose qui voulait simplement dire perte ou diminution de la vue, et plusieurs amaurotiques n'avaient peut-être que de la mydriase ; en les faisant regarder à travers une carte percée d'un petit trou on leur a parfois rendu immédiatement la vue, ce qui prouve bien qu'il ne s'agissait alors que d'une parésie de l'accommodation. Chez quelques malades amaurotiques la mydriase a été notée ; elle existait peut-être chez ceux dont l'état de la pupille n'a pas été noté. L'objection ne saurait, en tout cas, s'appliquer aux faits où on a noté le myosis (VI), ni à ceux où l'examen le plus minutieux à l'ophthalmoscope n'a rien fait découvrir qui pût expliquer la cécité momentanée ou persistante, par exemple dans les observations de Hancock (XXV), de Wecker (XXXIV) et de Duplay (LIV).

Nous devons admettre l'existence de l'amblyopie et de

l'amaurose d'origine dentaire. L'*amblyopie* est plus commune ; le malade présente une diminution de l'acuité visuelle avec intégrité parfaite des milieux de l'œil et du fond de l'œil, sans mydriase par conséquent ; il ne distingue plus bien les objets qui lui semblent couverts d'un épais brouillard. Parfois l'amblyopie est associée à de la parésie de l'accommodation (XC), mais parfois aussi elle existe seule (LXX). L'*amaurose* est plus rare : parfois elle frappe les deux yeux, parfois un seul œil, l'autre étant simplement amblyopique. Les exemples d'amaurose monoculaires sont plus fréquents et succèdent plutôt à la carie dentaire qu'à l'extraction. D'après Hancock on distingue les amauroses dentaires à la soudaineté de l'attaque ; elles sont rarement précédées de faiblesse de la vue, de mouches volantes, d'étincelles, de maux de tête ou de tout autre signe de congestion ou d'inflammation de l'œil, du nerf optique ou du cerveau. Très souvent elles ne sont pas accompagnées de douleurs dentaires, si bien qu'il est difficile de faire admettre aux patients qu'une dent absolument indolente puisse provoquer du côté de l'œil des accidents aussi graves. Si l'absence d'odontalgie paraît constituer la règle on a vu cependant un scotome central d'abord envahir finalement tout le champ visuel et mener une amaurose définitive (LXXXV).

2° Les nerfs excito-sécréteurs subissent aussi le contre-coup des souffrances des branches dentaires antérieures ; le *larmoiement* accompagne l'odontalgie, la pulpite. L'hypercrinie lacrymale peut amener l'épiphora, surtout si elle est associée à la parésie de l'orbiculaire et du muscle de Horner (LXXXIII, c.).

L'*acrinie* lacrymale a été signalée par Uhthoff (LXXII). Les troubles secrétoires sont principalement en relation avec les souffrances des incisives et des canines, du moins quand ils constituent le phénomène principal, ce qui s'explique facilement par les rapports immédiats des filets dentaires antérieurs avec le rameau lacrymo-nasal.

3° Les troubles de la motilité intéressent les muscles à fibres striées ou les muscles à fibres lisses.

Les auteurs ont noté dans le domaine du facial, le blépharospasme (XLVIII, LVII, LVIII, LXI), la paralysie faciale (XXXVI et XCVIII), la parésie de l'orbiculaire (LXXIV), et dans le domaine de l'oculo-moteur commun la contracture du droit interne (LXII), le strabisme (XXIV, XXVII), la chute de la paupière (LII, LXXII, LXXIII, VIII). Au total 14 observations dont 7 pour le facial et 7 pour l'oculo-moteur commun. Jusqu'à présent nous ne croyons pas qu'on ait jamais de troubles dans le territoire du moteur oculaire externe ni du pathétique.

Les fibres musculaires lisses sont peut-être plus fréquemment touchées que les fibres striées. Dans une vingtaine d'observations nous trouvons cités le myosis et les spasmes de l'accommodation d'une part, la mydriase et la parésie ou la paralysie de l'accommodation. Dans un mémoire sur ce sujet Hermann Schmidt (1) dit avoir sur 92 malades qui souffraient des dents, observé 73 fois la perte de la faculté d'accommodation ; de mensurations précises faites avec les tables de Douders, il tire les conclusions suivantes :

1. H. Schmidt. *Ueber Accommodations beschränkungen. Arch. f. Opth.*, 1868.

« A la suite d'excitations pathologiques des branches « dentaires du nerf trijumeau le domaine de l'accommo- « dation se rétrécit d'une façon plus ou moins considéra- « ble.

« Il se rétrécit, soit d'un côté, soit des deux côtés ; dans « le premier cas c'est toujours l'œil du côté malade qui « s'y trouve sujet.

« Le plus souvent ces rétrécissements secondaires de « l'accommodation arrivent dans la jeunesse ; dans l'âge « mûr on ne les observe jamais ou seulement très rare- « ment.

« Ces rétrécissements s'expliquent par un accroisse- « ment de la pression intra-oculaire reconnaissant pour « cause une excitation des nerfs vaso-moteurs de l'œil, « excitation qui se produit d'une façon réflexe. »

La dernière conclusion de Schmidt est discutable, car l'excitation réflexe des vaso-moteurs devrait amener la diminution plutôt que l'augmentation de la tension intra-oculaire ; mais les autres sont conformes aux données de l'observation. L'asthénopie nerveuse s'observe assez fréquemment : les sujets se fatiguent avec la plus grande facilité, la lumière est douloureuse, le muscle accommodateur se tend et se détend à tout moment, comme s'il était atteint de chorée. La vision rapprochée produit la fatigue ; les verres ne la soulagent pas et l'examen du fond de l'œil est négatif.

4° Les troubles nutritifs et vaso-moteurs sont loin d'être rares ; les observateurs ont signalé les congestions oculaires passives (XLIII), l'ophthalmie chronique (XLIII), la conjonctivite et la kérato-conjonctivite (XLVII), la ké-

ratite avec les abcès de la cornée et l'hypopyon (LXXXI, XCI, XCII), l'iritis (XXVIII, XXXVII, LXXI, XCII), une fois l'exophthalmie (LXXVIII), enfin le glaucome (LXXX LXXXIV) dans la pathogénie duquel certains ophthalmologistes font jouer un rôle aux excitations dentaires et nasales des fibres terminales du trijumeau.

Tous les accidents nerveux que nous venons d'énumérer ont été signalés par les observateurs comme liés à une affection du système dentaire. Quant à la nature de cette affection, elle ne paraît pas avoir attiré beaucoup l'attention, car souvent elle n'est pas indiquée ou l'est seulement en termes vagues. La question pourtant ne manque pas d'intérêt.

Dans l'immense majorité des cas le point de départ des accidents est à la mâchoire supérieure ; quatre fois seulement il a été à la mâchoire inférieure et dans les quatre cas il s'agissait des dents de sagesse.

Le côté droit et le côté gauche sont pris à peu près aussi souvent l'un que l'autre ; il n'y a d'exception que pour la dent de sagesse prise quatre fois à gauche et une fois seulement à droite.

Sur 45 cas on a pu incriminer 37 fois les molaires grosses et petites, 7 fois les canines, une seule fois les incisives. Parmi les molaires la dent de sagesse figure 7 fois, 4 en bas, 3 en haut.

Parmi les affections dentaires la carie a donné le plus fort contingent d'accidents oculaires, 30 cas ; viennent ensuite la périostite avec 18 cas, l'extraction avec 6 cas et la pulpite avec 3, enfin les corps étrangers et les appa-

reils prothétiques. Ces derniers ont été accusés un peu à tort à ce qu'il semble : des troubles oculaires ont été provoqués deux fois par une dent à pivot et une fois par un dentier.

Le rôle de la dentition a été très diversement interprété : tandis que les uns considèrent le travail de la dentition comme la cause la plus importante des maladies des yeux chez les enfants, en particulier de la kérato-conjonctivite phlycténulaire et de la kératite interstitielle, d'autres attribuent ces accidents à l'état général et nullement à la dentition. Nous croyons avec ces derniers que le rapport de cause à effet n'est pas démontré. En tout cas, on paraît avoir exagéré la fréquence de ces accidents, puisque le Dr Despagnet, dans le relevé statistique de la clinique du Dr Galézowski (1), où les faits de cet ordre sont recherchés avec soin, n'a signalé que 2 faits de kérato-conjonctivite par dentition, et cela sur un total de plus de 8000 malades.

Contrairement à une opinion assez accréditée, les accidents nerveux oculaires d'origine dentaire paraissent atteindre à peu près également les deux sexes ; nous avons relevé 68 cas, sur lesquels 33 chez l'homme et 35 chez la femme.

En dehors de l'amblyopie et de l'amaurose qui offrent certaines particularités signalées précédemment, les accidents nerveux oculaires d'origine dentaire paraissent n'avoir aucun caractère spécial qui permette de les distinguer des troubles fonctionnels d'origine différente. Il

1. *Recueil d'Opht.*, 1881, p. 752.

importerait cependant de les reconnaître assez tôt pour ne pas leur laisser le temps de s'aggraver par suite d'une irritation prolongée. On ne doit pas oublier que leur pronostic présente une certaine gravité : sur un total de 72 cas, nous en trouvons 60 qui guérissent, 7 qui s'améliorent, mais 5 qui se montrent absolument rebelles. Quand ils sont de date récente, les accidents nerveux cèdent, en général très rapidement, si l'on s'est attaqué à la véritable cause. Pour reconnaître celle-ci, le meilleur, et peut-être le seul précepte à appliquer c'est de songer à l'examen des dents, de le faire minutieux et d'instituer sans retard le traitement convenable.

PATHOGÉNIE

Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer tous les accidents nerveux oculaires d'origine dentaire suivent rigoureusement les lois des actes nerveux réflexes établies par Pflüger qui expérimentait sur les grenouilles, et confirmées par Chauveau chez les grands mammifères.

L'œil malade est toujours du même côté que la dent malade (loi de l'unilatéralité). Quelquefois l'autre œil est pris, lui aussi (loi de la symétrie) ; mais alors il l'est toujours moins que l'œil du côté de la dent malade (loi de l'intensité).

L'action morbide peut s'étendre aux nerfs voisins du trijumeau, le facial, le nerf de la troisième paire (loi de l'irradiation) et même gagner de haut en bas le plexus brachial (loi de la généralisation). Si l'on veut se rendre compte de la pathogénie des accidents oculaires, il semble donc naturel de recourir à l'hypothèse de l'action réflexe : une irritation d'un filet dentaire se transmettra aux centres nerveux d'origine et de là pourra se déverser soit sur une autre branche du trijumeau soit sur un nerf voisin, et produire, dans le domaine de ce nerf, des troubles variés : une excitation si l'irritation est modérée, une parésie ou une paralysie si l'irritation est très violente, parfois même une excitation suivie de paralysie, à la manière des sections expérimentales qui existent quelquefois avant de paralyser.

Si l'irritation des filets dentaires gagne les fibres cen-

tripètes dont l'excitation provoque d'ordinaire la sécrétion des glandes, il se produit une action réflexe sécrétoire tout à fait semblable à celle qu'aurait déterminée une excitation de la conjonctive oculaire, et l'on observera du larmoiement, en même temps que de l'hypercrinie du côté des fosses nasales et du sinus maxillaire.

Si l'irritation agit comme une section, on pourra au contraire observer comme Uhthoff (Obs. LXXXII) l'acrinie lacrymale, la sécheresse des narines et de la muqueuse buccale.

Si l'irritation des filets dentaires agit à la manière d'une épine et se répercute sur un nerf moteur, on observera en dehors du trismus très commun dans les affections dentaires, des spasmes ou des contractures dans le domaine du nerf facial dont le noyau d'origine est voisin de celui de la racine inférieure du trijumeau (tic facial, blépharospasme) ou dans le domaine de l'oculo-moteur commun (contracture des muscles moteurs du globe oculaire, déviation oculaire).

Que l'irritation dentaire agisse au contraire comme une section, et l'on observera la parésie ou la paralysie faciale, la blépharoptose, le strabisme divergent. La parésie de l'orbiculaire et du muscle de Horner provoqueront souvent la lagophthalmie et l'épiphora en même temps qu'un léger ectropion.

Si l'action réflexe au lieu de porter sur des filets nerveux en connexion avec des fibres striées, se produit sur des filets en relation avec des fibres lisses, on aura du côté de l'œil, soit le myosis, les spasmes de l'accommodation et l'asthénopie nerveuse, soit au contraire la my-

driase, la parésie ou la paralysie de l'accommodation.

L'acte réflexe pourra intéresser aussi les centres vaso-moteurs et trophiques ; suivant la localisation ou l'intensité des causes, il sera possible de rencontrer, tantôt l'anémie des muqueuses et des membranes profondes de l'œil, tantôt la congestion, l'hyperhémie de ces organes. Et, comme conséquence de ces troubles circulatoires, des désordres pouvant aller jusqu'à une inflammation véritable : conjonctivites et kératites, abcès de la cornée et hypopyon, iritis séreux et irido-choroïdites, glaucomes, épanchement sous-rétinien et congestion rétinienne. Ces états morbides ne seraient pas à proprement parler de nature réflexe, mais prendraient plus ou moins rapidement naissance dans un organe prédisposé aux inflammations par une action réflexe.

L'explication de l'amblyopie et de l'amaurose est plus difficile, car si l'on comprend qu'une action centripète se déversant par l'intermédiaire des centres nerveux sur des nerfs centrifuges puisse provoquer des mouvements et des sécrétions dans les muscles et dans les glandes innervées par ces nerfs, c'est-à-dire une activité physiologique, on conçoit plus difficilement que l'état fonctionnel d'un nerf centripète puisse enrayer ou paralyser l'action d'un autre nerf centripète. On pourrait cependant comparer la parésie ou la paralysie rétiniennes, dont l'amblyopie et l'amaurose sont la traduction symptomatique, aux paralysies dites réflexes que Vulpian rattachait à une influence à marche centripète gagnant et modifiant un certain département nerveux, et le frappant d'inactivité à la suite de lésions d'une partie qui paraît n'avoir aucun rap-

port direct avec lui. La seule différence est que le département nerveux, au lieu d'être spinal, est ici cérébral, et que le nerf, au lieu d'être un nerf moteur, est un nerf de sensibilité spéciale. Dans cette hypothèse, les amblyopies et amauroses d'origine dentaire proviendraient de l'arrestation d'une innervation centripète et seraient de nature purement réflexe ; l'absence de toute altération rétinienne appréciable à l'ophthalmoscope, bien constatée dans un certain nombre de cas, donne un certain poids à cette théorie.

Pour Brown-Séquard tout dépendrait de troubles vaso-moteurs : l'excitation d'un nerf sensible, même dans le cas où cette excitation ne serait pas très douloureuse, provoquerait, en qualité de réflexes, des actions vaso-motrices constrictives ou dilatatrices dans des organes très divers, en particulier dans les centres nerveux optiques et peut-être dans la rétine ; il en résulterait une anémie locale capable de paralyser la substance grise, et par suite les nerfs centripètes ou centrifuges qui en partent, et dans certains cas une vaso-dilatation consécutive qui pourrait à la longue donner lieu à des altérations nutritives des éléments nerveux visuels ; ainsi s'expliqueraient les altérations ophthalmoscopiques notées dans quelques cas, légères en général et consistant surtout en une dégénérescence parenchymateuse et atrophique du nerf optique.

Pour d'autres auteurs les amblyopies réflexes tiendraient à des troubles nutritifs profonds des centres nerveux, analogues à ceux que l'on a constatés dans la moelle épinière à la suite d'irritations des nerfs sciatiques (Tiesler

et Frimberg) ; ils auraient pour point de départ une névrite dentaire qui s'étendrait de proche en proche.

Salter expliquait quelques-uns des troubles dont nous nous occupons par la production de produits inflammatoires plastiques qui comprimaient les nerfs de la deuxième et de la troisième paire dans l'orbite, le facial à la région parotidienne ; mais il admettait qu'une partie des troubles, en particulier la paralysie du bras, ne pouvaient s'expliquer que par une action réflexe (Obs. XXXVI). Cette action est manifeste dans plusieurs observations, en particulier dans celle de M. le professeur Duplay (Obs. LIV) qui, produisant à volonté les troubles oculaires et constatant au moment même l'intégrité absolue de la rétine, sans ischémie, sans congestion, conclut à un trouble circulatoire dans un point élevé du système nerveux, vraisemblablement à l'origine cérébrale des nerfs optiques. D'après Stelwag von Carion les irritations réflexes suivraient un trajet plus court : elles seraient transmises par l'intermédiaire du ganglion ophthalmique aux nerfs ciliaires. Déjà, en 1845, dans un mémoire présenté à l'Académie de Médecine « Sur la paralysie de la troisième paire de nerfs crâniens consécutive à la névralgie de la cinquième », Marchal de Calvi attribuait aux ganglions nerveux le rôle de petits cerveaux chargés de régler des actes spéciaux sans que le cerveau proprement dit fût obligé d'intervenir ; il indiquait la possibilité d'une action réflexe morbide à travers le ganglion ophthalmique, spécialement affecté aux rapports de la rétine avec l'iris et avec certains muscles de l'œil. D'autres admettent, sans preuves positives, que la trans-

mission de l'irritation de l'une des branches du trijumeau à plusieurs autres appartenant à un organe différent se fait le plus probablement par l'entremise du ganglion de Gasser, et nullement par l'intermédiaire du cerveau.

Contrairement à l'opinion générale certains ophthalmologistes n'admettent pas la désignation de réflexe appliquée aux troubles visuels qui nous occupent. Pour eux ce ne serait là qu'une étiquette, bonne tout au plus à cacher l'ignorance où l'on est de la véritable cause des maladies; le blépharospasme, l'asthénopie, l'amblyopie devraient être assimilés aux faits d'hystéro-traumatisme dans lesquels une irritation locale, même légère, peut devenir la cause d'accidents nerveux plus ou moins graves chez des sujets prédisposés. Il nous paraît difficile d'accepter ces conclusions qui ne font d'ailleurs que reculer la question au lieu de la résoudre : d'une part, les affections oculaires d'origine dentaire que nous avons relevées ont frappé à peu près autant d'hommes que de femmes, ce qui n'est pas le cas pour l'hystérie, notablement plus fréquente, dans le sexe féminin ; d'autre part chez nos malades nous n'avons pu retrouver qu'une seule fois des antécédents nerveux, malgré le soin que nous avons apporté à cette recherche.

Une autre manière de concevoir la pathogénie des affections réflexes de l'œil tend à se faire jour depuis les travaux de Knies-Deutschmann sur l'ophthalmie sympathique. Si cette affection, longtemps considérée comme le type des amblyopies réflexes, peut, dans certains cas au moins, être mise sur le compte d'une immigration d'organismes inférieurs provenant de l'œil primitivement

atteint, il est permis de se demander si certaines altérations oculaires (ophthalmies, hypopyon, amblyopie) considérées jusqu'ici comme des troubles de nutrition mal définis, comme des lésions d'ordre trophique, ne proviendraient pas quelquefois d'une désorganisation des tissus s'effectuant sous l'influence des microbes, d'une infection qui, partie d'une dent malade, gagnerait l'œil.

Dans bon nombre d'observations on trouve signalée la présence à l'intérieur de la dent malade ou à son pourtour de corps étrangers, de kystes ou d'abcès radiculaires qui ont pu jouer le rôle de foyers d'infection. Quoi qu'il en soit, et malgré de nombreuses hypothèses, bien des points restent obscurs dans la pathogénie des affections oculaires d'origine dentaire : ce sujet demande de nouvelles recherches dans lesquelles le microscope devra venir en aide à l'ophthalmoscope, car si, dans un grand nombre de cas, ce dernier instrument permet de porter un diagnostic précis et un pronostic sûr, en revanche il en est d'autres où les troubles fonctionnels accusés par le malade ne sont nullement en rapport avec la notion qui est fournie par l'examen ophthalmoscopique. Des recherches ultérieures viendront, sans nul doute, combler les lacunes des observations publiées jusqu'ici ; mais le nombre de ces dernières est assez grand pour qu'il soit permis d'en tirer, dès maintenant, des conclusions pratiques d'un haut intérêt.

CONCLUSIONS

Il existe des relations pathologiques réelles entre l'organe de la vue et le système dentaire.

Quelques affections de l'œil provoquent dans les nerfs dentaires des névralgies assez violentes pour faire croire à la carie des dents et peuvent en occasionner le sacrifice inutile.

Les affections dentaires peuvent provoquer du côté de l'œil des troubles très variés.

Les causes qui, du côté des dents, peuvent amener des troubles oculaires plus ou moins graves sont : la carie ; la périostite alvéolo-dentaire ; l'extraction surtout quand elle s'accompagne de désordres étendus, de suppuration de l'alvéole, d'inflammation du sinus maxillaire ou du tissu cellulaire de l'orbite ; l'évolution vicieuse de la dent de sagesse ; les corps étrangers de la cavité des dents ; les obturations mal faites ; les pièces prothétiques mal appliquées...

Les dents de la mâchoire inférieure sont rarement la cause des désordres oculaires. Presque toujours le point de départ est à la mâchoire supérieure.

Les affections oculaires consécutives aux lésions du système dentaire peuvent atteindre le tissu cellulaire et les muscles de l'orbite, les muqueuses de l'œil et son appareil musculaire, le muscle ciliaire, les membranes profondes de l'œil et le nerf optique.

Les troubles les plus fréquents sont : les amblyopies et les troubles de l'accommodation, la mydriase et le myosis, la périorbite et l'exophthalmie, les spasmes et paralysies des muscles des paupières et du globe oculaire, les maladies phlycténulaires de la conjonctive, les ulcères de la cornée et l'hypopyon, l'iritis et l'irido-choroïdite, le glaucome, l'amaurose.

Dans tous les cas qui viennent d'être indiqués, dans tous les accidents douloureux ou inflammatoires de l'œil dont la cause échappe ou qui résistent au traitement habituel, dans tous les cas où il y a suppression ou diminution de la fonction visuelle, suppression qui ne s'explique ni par l'exploration ophthalmoscopique, ni par les changements de pression intra-oculaire, ni enfin par le concours de symptômes cérébraux, dans tous ces cas on devra examiner avec soin le système dentaire et, si l'on y trouve des lésions, instituer le traitement convenable. Les troubles provoqués du côté de l'œil sont le plus souvent passagers et cessent avec l'action de la cause qui les a produits; mais, dans quelques cas, surtout si on les a négligés trop longtemps, ils peuvent persister et entraîner des conséquences graves.

TABLE DES MATIÈRES

HENRI JOUVE, Imprimeur de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris